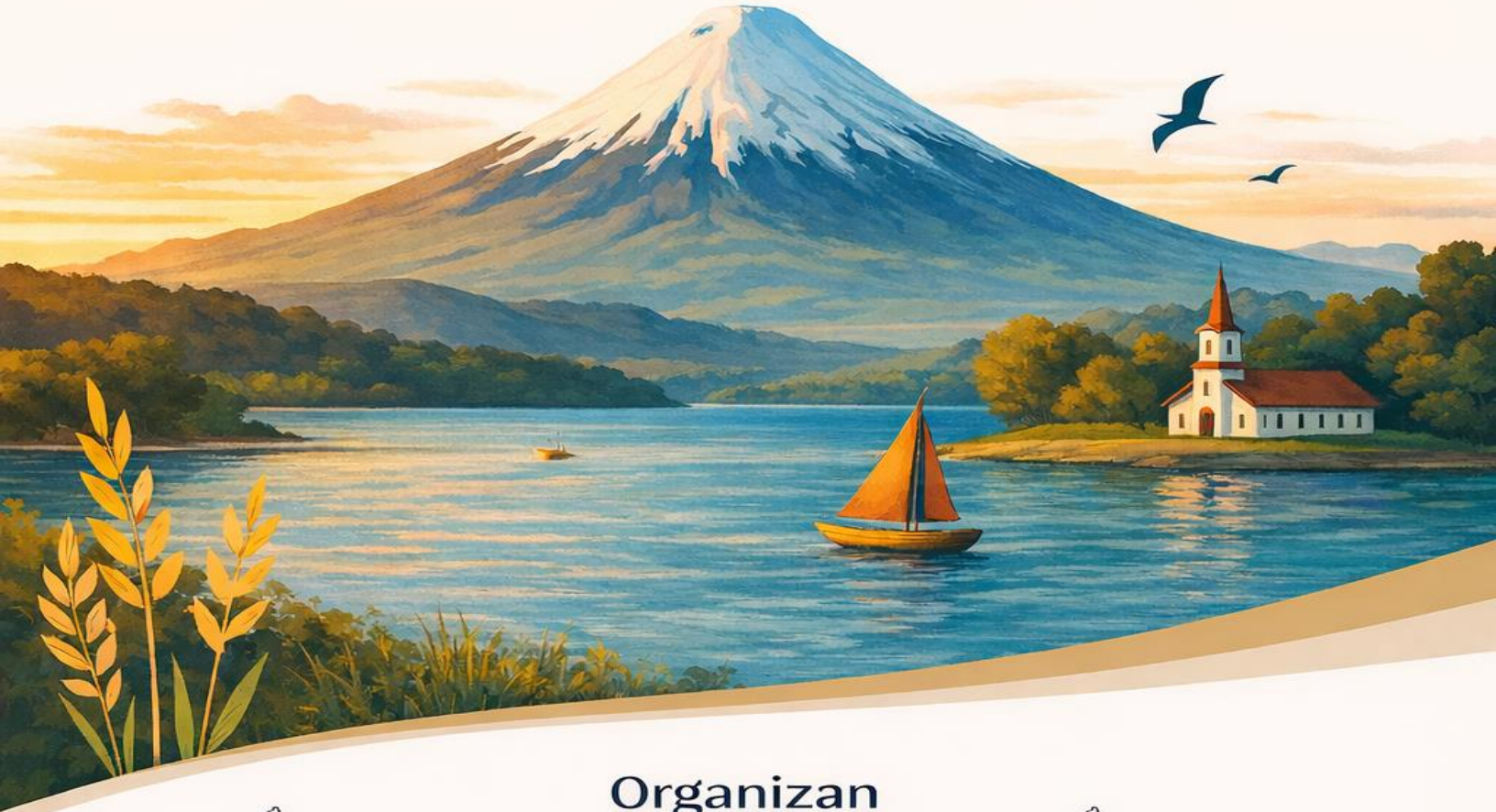
LIBRO DE RESÚMENES

XXXIV CONGRESO MGZ RELONCAVÍ 2025

— PUERTO MONTT —



Organizan

70 años
Una vez MGZ siempre MGZ

COLEGIO MÉDICO
Puerto Montt

MGZ
RELONCAVÍ

INDICE

A PROPOSITO DE UN CASO: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ARTROSIS QUE NO RESPONDE A TRATAMIENTO 18
A PROPOSITO DE UN CASO: DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO RESULTA SER QUISTE HIDATIDICO GIGANTE 19
ABORDAJE CLÍNICO DEL TRASTORNO CONVERSIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO 20
ABORDAJE CONSERVADOR DE LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO EN PACIENTE FRÁGIL Y EL ROL CLÍNICO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA 21
ABSCESO CUTÁNEO COMO PRESENTACION DE ANEURISMA AÓRTICO FISTULIZADO, A PROPÓSITO DE UN CASO 22
ABSCESO DEL PISO DE LA BOCA Y PARAFARÍNGEO, A PROPÓSITO DE UN CASO: 23
ABSCESO GLÚTEO MAYOR DERECHO POSTERIOR A INYECCIÓN DE DICLOFENACO INTRAMUSCULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO: 24
ABSCESO ODONTOGÉNICO REFRACTARIO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE CÁNCER DE SENO MAXILAR: 25
ABSCESO PERSISTENTE, LA CONSECUENCIA DE LA INMUNOSUPRESIÓN POR CORTICOIDES: 26
ABSCESO RENAL SECUNDARIO A HEMATOMA RENAL SUBCAPSULAR ESPONTÁNEO EN PACIENTE ANTICOAGULADO, A PROPÓSITO DE UN CASO: 27
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN CONTEXTO DE ANEMIA E HIPOPERFUSIÓN 28
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR PERINATAL COMO CAUSA DE HEMIPARESIA Y RETRASO DEL DESARROLLO EN LACTANTE, A PROPOSITO DE UN CASO 29
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR RECURRENTE EN CONTEXTO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA Y VALVULOPATÍA REUMÁTICA: 30
AFECTACIÓN VISUAL TRANSITORIA COMO SIGNO DE HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA IDIOPÁTICA: 31
AISLAMIENTO DE HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN LÍQUIDO AMNIÓTICO: UN PATÓGENO INFRECUENTE EN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO: 32
ALUCINACIONES AUDITIVAS SECUNDARIAS AL USO DE PRAMIPEXOL: A PROPÓSITO DE UN CASO 33
ANÁLISIS DE LA TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES EN EL PERIODO 2020-2024 EN CHILE: 34
ANEMIA MACROCÍTICA CON PANCITOPENIA SECUNDARIA A DÉFICIT DE VITAMINA B12: REPORTE DE CASO 36
ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL ROTO, A PROPÓSITO DE UN CASO: 37
ANEURISMA MICÓTICO EN PACIENTE SIN FACTORES DE RIESGO: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL 38
ANGIOMIOLIPOMAS RENALES COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HEMATURIA MICROSCÓPICA PERSISTENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA, A PROPÓSITO DE DOS CASOS: 39

AORTITIS INFRARENAL EN PACIENTE CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EXTENSA: HALLAZGO INCIDENTAL EN CONTEXTO DE ELEVACIÓN DE MARCADORES INFLAMATORIOS 40
APENDICITIS AGUDA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN URGENCIA RURAL.....41
APENDICITIS DEL MUÑÓN APENDICULAR EN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE APENDICECTOMÍA. MANEJO Y DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS.....42
APLICACIÓN DE ESCALA VALIDADA PARA OPTIMIZAR EL MANEJO FARMACOLÓGICO EN UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN ATENCIÓN COMUNITARIA......43
APOPLEJÍA HIPOFISIARIA SECUNDARIA A MACROADENOMA HIPOFISIARIO: REPORTE DE CASO 44
ARTRITIS SÉPTICA DE CADERA EN PACIENTE JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO, A PROPÓSITO DE UN CASO. 45
ATAXIA PROGRESIVA Y DISFUNCION AUTONOMICA: DESAFIO DIAGNOSTICO EN AUSENCIA DE BIOMARCADORES VALIDADOS. 46
ATRESIA BILIAR, REPORTE DE UN CASO, CUANDO LA DETECCIÓN PRECOZ ES ESENCIAL:.....47
ATRESIA ESOFÁGICA Y DUODENAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO (:) .48
BRADICARDIA MATERNA COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA EN PREECLAMPSIA SEVERA POSTPARTO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....49
BRUXISMO SECUNDARIO A USO DE PAROXETINA. A PROPÓSITO DE UN CASO:.....50
CALCIFILAXIA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: DISCUSIÓN DE UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE: 51
CAPSULITIS ADHESIVA: UNA MIRADA ACTUALIZADA HOSPITALARIA CHILENA 52
CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DEMENCIA DURANTE EL AÑO 2024 EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DOCTOR FRANCISCO BORIS SOLER: 53
CARACTERIZACIÓN USUARIA DE LA ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR CHAÑARAL ALTO:.....54
CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO TRAQUEAL PRIMARIO, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO: 56
CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉLULAS PEQUEÑAS DE ORIGEN PULMONAR CON METÁSTASIS HEPÁTICAS: REPORTE DE CASO:.....57
CARÚNCULA URETRAL RECURRENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO: 58
CATÁSTROFE CONTENIDA; "AORTA AGUDA" A PROPÓSITO DE UN CASO:.....59
CAUSAS POCO COMUNES DE COMPROMISO DE CONCIENCIA: ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE, A PROPÓSITO DE UN CASO.....60
CEFALEA ASOCIADA A HIDROCEFALIA POR TUMOR CEREBRAL, REPORTE DE UN CASO 61
CEFALEA PERSISTENTE COMO MANIFESTACIÓN DE GLIOMA DE ALTO GRADO, IMPORTANCIA DEL ESTUDIO IMAGENOLÓGICO OPORTUNO 62
CETOACIDOSIS DIABÉTICA ASOCIADA A INHIBIDOR DE SGLT2: REPORTE DE UN CASO 63
CETOACIDOSIS DIABÉTICA COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE DIABETES MELLITUS TIPO 3C SECUNDARIA A ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO, A PROPOSITO DE UN CASO:.....64
CETOACIDOSIS DIABETICA EUGLICEMICA POR EMPAGLIFLOZINA: SOBRE UN CASO.....65
COLOBOMA IRIDIANO BILATERAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO.....66
COLOR EVIDENTE, CAUSA INESPERADA: FÁRMACOS EN LA ICTERICIA INEXPLICADA: 67

COMPENSACIÓN METABÓLICA NO FARMACOLÓGICA MEDIANTE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE PACIENTE ANALFABETO Y DIABETES DESCOMPENSADA, A PROPÓSITO DE UN CASO: 68
COMPLEJO DE CARNEY CON AFECTACIÓN ENDOCRINA MÚLTIPLE EN UN ADULTO JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO 69
COMPROMISO DE CONCIENCIA DIFERIDO POSTERIOR A TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO: PRESENTACIÓN DE UN HEMATOMA SUBDURAL AGUDO 70
CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS AL ENFRENTARSE AL PACIENTE CON DIABETES. A PROPÓSITO DE UN CASO: 71
"CUANDO EL CUERPO AVISA, LO QUE EL CEREBRO CALLA" PRESENTACIÓN CLÍNICA DE UN EPISODIO DEPRESIVO ENMASCARADO 72
CUANDO EL INTESTINO QUEDA EN SILENCIO. BEZOAR Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MEDIADA POR OPIOIDES: 73
CUANDO EL TRATAMIENTO SE VUELVE CAUSA: INSUFICIENCIA SUPRARRENAL POR USO DE GLUCOCORTICOIDES 74
CUANDO LA DEBILIDAD NO ESTÁ EN EL CEREBRO: CHIARI TIPO I COMO CAUSA OCULTA DE TETRAPARESIA ESPÁSTICA 75
CUANDO LA VÍA BILIAR SE RESISTE: COLANGITIS RECURRENTE OBSTRUCTIVA TRAS COLEDOCOLITIASIS PREVIAMENTE INTERVENIDA: 76
CUERPO EXTRAÑO VESICAL COMO CAUSA DE INFECCION URINARIA RECURRENTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO, REPORTE DE UN CASO: 77
CUERPO EXTRAÑO VESICAL COMO CAUSA DE ITU RECURRENTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO, REPORTE DE UN CASO: 78
DAÑO HEPÁTICO POR HEMOCROMATOSIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ESTEATOSIS HEPÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO: 79
DE LA AMENAZA AL NACIMIENTO SEGURO: CONTROL DE INFECCIONES Y HEPATITIS B EN EMBARAZO DE ALTO RIESGO 80
DE LA CEFALEA A LA CONVULSIÓN, BANDERAS ROJAS QUE NOS RECUERDAN EL DIAGNÓSTICO DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE ANTI-NMDA: 81
DE LA CERVICALGIA A LA EMERGENCIA NEUROENDOCRINA: DETECCIÓN PRECOZ DE APOPLEJÍA HIPOFISIARIA: 82
DE LA CONCOMITANCIA DE MIGRAÑA Y SINTOMATOLOGÍA NEUROLÓGICA: REPORTE DE CASO 83
DEBUT ATÍPICO DE POLICITEMIA VERA, CUANDO EL BAZO HABLA PRIMERO: 84
DEBUT DE ARTRITIS REUMATOIDE EN ADULTO MAYOR CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO: 85
DEBUT DE MIASTENIA GRAVIS EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON 86
DEBUT HIPERTENSIÓN ARTERIAL MALIGNA EN PACIENTE FEMENINA, A PROPÓSITO DE UN CASO 87
DEBUT PRIMER BROTE PSICÓTICO EN ADOLESCENTE, ABORDAJE DIAGNÓSTICO 88
DEGENERACIÓN COMBINADA SUBAGUDA, UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LA DEFICIENCIA DE VITAMINA B12. A PROPÓSITO DE UN CASO: 89

DEL DEBUT DE EPILEPSIA FOCAL TEMPORAL DE ETIOLOGÍA MIXTA TRAS CONTUSIÓN CRANEAL: REPORTE DE CASO 90
DEL RIESGO AL BENEFICIO: uso juicioso del clonazepam en una parasomnia de alto impacto. 91
DERMATITIS LIQUENOIDE, PRESENTACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES. A PROPÓSITO DE UN CASO 92
DERMATOSIS PERFORANTE ADQUIRIDA, UNA PATOLOGÍA DE ALTO IMPACTO EN CALIDAD DE VIDA CON AÚN MUCHO POR DESCUBRIR. REPORTE DE CASO: 93
DERMATOSIS POR DEPÓSITO GRANULAR DE C3: UN SIMULADOR CLÍNICO COMPLEJO Y REFRACTARIO CON COEXISTENCIA DE FACTORES ATÓPICOS, ALÉRGICOS Y AUTOINMUNES 94
DERMATOSIS PURPÚRICA PIGMENTADA, A PROPÓSITO DE UN CASO: 95
DERRAME Y ENGROSAMIENTO PLEURAL EN TRABAJADOR DE INDUSTRIA FERROVIARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO: 96
DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE PENFIGOIDE AMPOLLOSO EN ADULTO MAYOR CON POLIFARMACIA Y DEMENCIA, REPORTE DE CASO: 97
DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN SÍNDROME PURPÚRICO: VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA POR REACCIÓN ADVERSA A FÁRMACOS: 98
DESAFÍOS EN LA INTEGRACIÓN MÉDICO-PSICOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: HIPERTIROIDISMO ENMASCARADO TRAS 7 AÑOS DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO. 99
DETERIORO COGNITIVO SEVERO POR NEUROGLUCOPENIA: A PROPÓSITO DE UN CASO....100
DEXTROCARDIA, HALLAZGO INCIDENTAL EN CONTROL CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA. REPORTE DE UN CASO EN CENTRO DE SALUD FAMILIAR RENAICO: 101
DIABETES TIPO MODY COMO DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: 103
DIAGNÓSTICO DE SCHWANNOMA VESTIBULAR DESDE UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD: 104
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES CUTÁNEAS INTERTRIGINOSAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, A PROPÓSITO DE UN CASO: 105
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN DEMENCIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA; HACIA UNA EVALUACIÓN EXHAUSTIVA MÁS ALLÁ DEL ALZHEIMER: 106
DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE CÁNCER RENAL: EL VALOR DEL MANEJO INTEGRAL 107
DIAGNÓSTICO MEDIANTE NEUROFISIOLOGÍA AVANZADA, EL ROL DE LOS POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES EN LA DETECCIÓN DE NEUROPATÍAS POCO FRECUENTES: 108
DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LUXOFRACTURA DE LISFRANC SUTIL EN ATENCIÓN RURAL: ...109
DIAGNÓSTICO TARDÍO DE TUBERCULOSIS EN PACIENTE CON EPOC: UNA OPORTUNIDAD PERDIDA: 110
DIPLOPÍA COMO SÍNTOMA INICIAL DE TUMOR CEREBRAL, A PROPÓSITO DE UN CASO: 111
DISECCIÓN CAROTÍDEA CERVICAL ASOCIADA A VARIANTE ANATÓMICA EN PACIENTE CON SÍNTOMA NEUROLÓGICO TRANSITORIO 112
DISTONÍA AGUDA INDUCIDA POR METOCLOPRAMIDA: UN EFECTO EXTRAPIRAMIDAL SUBESTIMADO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA 113

DOBLE APENDICECTOMÍA: APENDICITIS DEL MUÑÓN APENDICULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.....114
DOLOR TORÁCICO DIFUSO EN PACIENTE CON FIBROMIALGIA: UN DIAGNÓSTICO INESPERADO EN ATENCIÓN PRIMARIA.....115
DOLOR TORÁCICO EN PEDIATRÍA: REPORTE DE UN CASO DE NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO.....116
DRENAJE DE ABSCESO PERIAMIGDALINO EN URGENCIAS POR MÉDICO GENERAL; REPORTE DE UN CASO.....117
EDEMA CEREBRAL AGUDO, E HIPONATREMIA DILUCIONAL POR INTOXICACIÓN CON METANFETAMINAS, A PROPÓSITO DE UN CASO......118
EDEMA PALPEBRAL SECUNDARIO A USO PROLONGADO DE CORTICOIDES SISTÉMICOS, A PROPÓSITO DE UN CASO:.....119
EFECTOS SECUNDARIOS POR CORTICOIDES SISTÉMICOS EN PACIENTE ADULTO CON PSORIASIS CUTÁNEA: A PROPÓSITO DE UN CASO: 120
EL CORAZÓN DELATOR, Y OTROS CASOS CLÍNICOS INFANTILES.....121
El Rostro Neurológico de la Anemia Perniciosa: Degeneración Combinada Subaguda con Recuperación Funcional (Reporte de Caso).....122
EMBARAZO GEMELAR ECTÓPICO, REPORTE DE CASO 123
ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTI-RECEPTOR NMDA, EN PACIENTE CON POLICONDRITIS RECIDIVANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO: 124
ENCEFALITIS AUTOINMUNE SERONEGATIVA SOSPECHA DE ANTICUERPO ANTI RECEPTOR N-METIL-D-ASPARTATO ASOCIADA A ABORTO RETENIDO: REPORTE DE CASO 125
ENCEFALITIS AUTOINMUNE. UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A TENER EN CUENTA POR EL MÉDICO GENERAL.....127
ENCEFALITIS INMUNOMEDIADA EN PACIENTE CON ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS COMPLEJOS: DESAFÍO DIAGNÓSTICO 128
ENFERMEDAD DE CASTLEMAN MULTICÉNTRICA IDIOPÁTICA, REPORTE DE CASO......129
ENFERMEDAD DE CREUZFELDT-JAKOB ESPORÁDICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....130
ENFOQUE INTEGRAL, ESPIRITUALIDAD Y RESILIENCIA EN PACIENTE CON MULTIMORBILIDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO.....131
ENFRENTAMIENTO DEL TUMOR DEL IRIS, UN HALLAZGO INCIDENTAL QUE AMERITA SEGUIMIENTO:.....132
ENFRENTÁNDOSE A UN GUSANO EN UN FRASCO. UN CASO DE SALUD RURAL (NO UN TUTORIAL DE BALDUR'S GATE III) 133
ENTRE DOLOR Y ESPERANZA: DESENTRAÑANDO EL ENIGMA NEUROPÁTICO DEL SÍNDROME DE PERSONAGE-TURNER.....134
EPISODIO BREVE RESUELTO INEXPLICADO DE ALTO RIESGO EN UN LACTANTE; REPORTE DE CASO.....135
ERITEMA NODOSO SECUNDARIO A FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA: REPORTE DE CASO CLÍNICO.....136
ERITROCITOSIS INDUCIDA POR INHIBIDOR DE COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 EN UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TRATADO EN ATENCION PRIMARIA......137

ERITRODERMIA COMO POSIBLE MANIFESTACIÓN PARANEOPLÁSICA DE CÁNCER DE PULMÓN: REPORTE DE UN CASO 139
ERITRODERMIA SIFILÍTICA: PRESENTACIÓN INUSUAL DE UNA ENFERMEDAD ANTIGUA, A PROPÓSITO DE UN CASO 140
ERITROQUERATODERMIA VARIABLE EN UN ADULTO: REPORTE DE UN CASO FAMILIAR CON COMPROMISO EXTENSO DE LA SUPERFICIE CORPORAL 141
ERUPCIÓN FIJA POR FÁRMACOS COMO DIAGNÓSTICO TARDÍO EN PACIENTE CON ARTROSIS CRÓNICA Y USO PROLONGADO DE AINEs: 142
ESCABIOSIS NORUEGA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO: 143
ESCALA DE ACTIVIDAD CLÍNICA (CAS) EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO MÉTODO DE PESQUISA DE SEVERIDAD EN ORBITOPATÍA TIROIDEA: 144
ESFEROCITOSIS HEREDITARIA, MANIFESTACION FAMILIAR Y RELEVANCIA DEL PATRON DE HERENCIA: 145
ESPONDILODISCITIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE METÁSTASIS VERTEBRAL. UN DIAGNÓSTICO PARA CONSIDERAR: 146
ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADO EN LAS PERSONAS, A PROPÓSITO DE UN CASO DE PERSONA CON DISCAPACIDAD VISUAL: 147
ESTRATEGIA DE TELESALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS DEL PRIMER AÑO DE IMPLEMENTACIÓN EN EL CESFAM MARCOS MACUADA OGALDE 148
ESTUDIO DE ELEVACIÓN DE LACTATO DESHIDROGENASA (LDH) EN PACIENTE OLIGOSINTOMÁTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO: 150
ETIOLOGÍAS BACTERIANAS MÁS PREVALENTES Y SUSCEPTIBILIDAD 151
EVOLUCIÓN COMPLEJA DE SÍNDROME NEFRÓTICO EN ADOLESCENTE- DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS: 152
EVOLUCIÓN DE CONJUNTIVITIS A CELULITIS PRESEPTAL BILATERAL. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO EVOLUTIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO: 153
EVOLUCIÓN DE DERMATOSIS AMPOLLAR, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE PÉNFIGO Y LIQUEN PLANO PENFIGOIDE: REPORTE DE CASO. 154
EXAMEN FÍSICO COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN LA SOSPECHA DE SÍNDROME DE ROBO DE SUBCLAVIA EN CONTEXTO RURAL: REPORTE DE CASO 155
FALSO NEGATIVO DE PRUEBA NO TREPONÉMICA EN PACIENTES CON EXANTEMA Y FACTORES DE RIESGO: 156
FASCEITIS NECROTIZANTE CERVICAL: A PROPOSITO DE UN CASO 157
FIBRILACIÓN AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR RÁPIDA CAUSADA POR TIROTOXICOSIS EN ADULTA MAYOR, A PROPÓSITO DE UN CASO: 158
FIBROMIALGIA COMO MANIFESTACIÓN DE TRAUMA COMPLEJO NO DIAGNOSTICADO, A PROPÓSITO DE UN CASO 159
FIBROSIS RETROPERITONEAL Y ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL, ABORDAJE DIAGNÓSTICO MEDIANTE HOSPITAL DIGITAL: 160
FRACTURA COSTAL POR TOS: REPORTE DE UN CASO DE UN HOSPITAL RURAL 161
FRACTURA EN PRÓTESIS ESTABLECIDA, RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE UNA VANCOUVER B2 CON TÉCNICA MODULAR: 162

FRACTURA PATOLÓGICA DE FÉMUR COMO MANIFESTACIÓN DE CÁNCER DE VESICULA BILIAR: REPORTE DE CASO 163
GESTANTE PORTADORA DE HEMOFILIA A CON NIVELES NORMALES DE FACTOR VIII: CONSIDERACIONES HEMATOLÓGICAS Y PERINATALES: 164
GLIOBLASTOMA MULTIFORME COMO CAUSA DE CEFALEA CON BANDERAS ROJAS EN PEDIATRIA: A PROPÓSITO DE UN CASO. 165
GLIOMA DIFUSO DE LÍNEA MEDIA COMO PRESENTACIÓN INHABITUAL DE PARÁLISIS FACIAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: 166
Granulomatosis con Poliangeítis de presentación poco frecuente en paciente pediátrico, desde compromiso oftálmico a renal, a propósito de un caso: 167
HALLAZGO INCIDENTAL DE TUMOR TESTICULAR POSTERIOR A TRAUMA GENITAL. A PROPÓSITO DE UN CASO 168
HAMARTOMATOSIS MULTIPLE COMO CAUSA INFRECUENTE DE SINDROME ICTERICO. REPORTE DE CASO: 169
HEMATOMA PARENQUIMATOSO CEREBRAL ASOCIADO AL USO CRÓNICO DE BRONCODILATADORES B-AGONISTAS Y ANTICOLINÉRGICOS, UNA COMPLICACIÓN NEUROLÓGICA INESPERADA: 170
HEMATOMA POR BAROTRAUMA SECUNDARIO A TOS CON GLOTIS CERRADA: 171
HEMATOMA SUBDURAL AGUDO ESPONTANEO EN PACIENTE JOVEN, REPORTE DE UN CASO: 172
HEMATOMA SUBDURAL EN PACIENTE ALCOHÓLICO CRÓNICO TRAS TRAUMA CRANEANO MENOR, UN DIAGNÓSTICO QUE NO DEBE SUBESTIMARSE 173
HEMATURIA COMO CARTA DE PRESENTACIÓN DE DOS CÁNCERES UROLÓGICOS PRIMARIOS (SINCRÓNICOS), REPORTE DE UN CASO: 174
HEMORRAGIA INTRACEREBRAL MASIVA COMO COMPLICACIÓN DE TROMBOCITOPENIA SEVERA NO TRATADA. DESAFÍOS EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA: 175
HEMORRAGIA INTRACRANEAL SECUNDARIA A MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA EN ADOLESCENTE CON SÍNDROME DE OLLIER. REPORTE DE UN CASO: 176
HEMOTÓRAX MASIVO ESPONTÁNEO: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE CÁNCER RENAL. CASO CLÍNICO: 177
HERNIA DE AMYAND: PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO, REPORTE DE UN CASO 178
HERNIA HIATAL TIPO IV: PRESENTACIÓN RADIOGRÁFICA EN PACIENTE ASINTOMÁTICA 179
HERNIA INGUINAL EN LACTANTES. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA: 180
HERPES ZÓSTER TRIGEMINAL EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO: REPORTE DE CASO 181
HIDATIDOSIS RECURRENTE CON QUISTE EN ARTERIA PULMONAR: REPORTE DE CASO: 182
Hidrocefalia Normotensiva como Causa Reversible de Demencia en Atención Primaria 183
HIPERNATREMIA SEVERA Y DAÑO CEREBRAL IRREVERSIBLE. A PROPÓSITO DE UN CASO 184
HIPERSENSIBILIDAD A ATORVASTATINA: UN CASO DE HEPATOTOXICIDAD EN PACIENTE GERIATRICO. 185

HOMEOSTASIS ROTA, MENTE FRAGMENTADA: TRASTORNO DELIRANTE CRÓNICO SECUNDARIO A HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO.....186
IBRUTINIB: UNA ALTERNATIVA INNOVADORA EN EL MANEJO 187
ICTIOSIS ARLEQUIN EN UN RECIÉN NACIDO: 188
ILEOCOLITIS INFECCIOSA PEDIÁTRICA, DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y ABORDAJE CLÍNICO EN UN CASO HOSPITALARIO: REPORTE DE UN CASO. 189
IMPORTANCIA BUEN EXAMEN FÍSICO PARA DETECCIÓN DE ENFERMEDADES CON MANIFESTACIÓN CUTÁNEA COMO NEUROFIBROMATOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO: 190
IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO: 191
IMPORTANCIA DEL ENFRENTAMIENTO MULTIMODAL TEMPRANO DEL DOLOR POR MIEMBRO FANTASMA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....192
INCIDENTALOMA TIROIDEO EN EL ESTUDIO DE UNA CERVICOBRAQUIALGIA: A PROPÓSITO DE UN CASO:.....193
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST, COMPLICADO CON CETOACIDOSIS DIABÉTICA Y EDEMA PULMONAR AGUDO, REPORTE DE CASO: 194
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO CON SUPRADESNIVEL DEL ST EN PACIENTE JOVEN CON SÍNDROME DE DOWN Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.....195
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO SÉPTICO SECUNDARIO A ENDOCARDITIS INFECCIOSA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO: REPORTE DE UN CASO 196
INFECCIÓN POR HERPES ZOSTER EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO, A PROPÓSITO DE UN CASO:.....197
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y LA EDUCACIÓN SEXUAL: 198
INSUFICIENCIA ADRENAL PRIMARIA: PRESENTACIÓN COMO CRISIS EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD:.....199
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POSTRENAL SECUNDARIA A RETENCIÓN AGUDA DE ORINA ASOCIADA A CONSUMO DE ALCOHOL.....200
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A COMPRESIÓN URETERAL POR BYPASS AORTOBIFEMORAL: REPORTE DE UN CASO.....201
INTOXICACIÓN AGUDA POR TRAMADOL EN ADULTO JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO 202
INTOXICACIÓN POR ETANOL EN PACIENTE PEDIÁTRICA POR CONSUMO DE ALCOHOL GEL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....203
ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDAD SUPERIOR REPORTE DE UN CASO.....204
ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA, DESAFÍOS EN LA APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO:.....205
LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA EN PATOLOGÍAS INFRECUENTES: ESPONDILODISCITIS EN UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD:.....206
LA IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO DE LA FITOTERAPIA PARA EVITAR Y PREVENIR INTOXICACIONES: 207

LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE CEFALEA CON BANDERAS ROJAS, ENFERMEDAD DE MOYAMOYA, A PRÓPOSITO DE UN CASO 208
LA SOSPECHA DE POLIANGEÍTIS MICROSCÓPICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) ..209
LABERINTITIS AGUDA BACTERIANA SECUNDARIA A OTITIS MEDIA SUPURADA EN PACIENTE IMMUNOSUPRIMIDA: REPORTE DE UN CASO 211
LESIÓN DE HILL-SACHS EN PACIENTE CON INESTABILIDAD GLENOHUMERAL EPISÓDICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO: 212
LESIÓN NODULAR DOLOROSA EN PIERNA POSTERIOR A INYECCIÓN:UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE PANICULITIS POSTINYECCIÓN: 213
LESIONES AMPOLLOSAS EN PACIENTE ADULTO MAYOR: SOSPECHA DE PENFIGOIDE TRAS TRATAMIENTO POR HERPES ZÓSTER. REPORTE DE UN CASO 214
LESIONES EN MUCOSA ORAL TIPO GOMA SIFILÍTICA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE SÍFILIS VERSUS ENFERMEDAD INMUNOMEDIADA, REPORTE DE UN CASO: 215
LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA B PHILADELPHIA POSITIVO EN PACIENTE JOVEN: DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN CONTEXTO DE CUADRO VIRAL PERSISTENTE 216
LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA, PRESENTACIÓN ATÍPICA DE CEFALEA EN SERVICIO DE URGENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: 217
LIQUEN PLANO PIGMENTADO INVERSO, UNA VARIANTE INFRECUENTE DE UNA DERMATOSIS COMÚN: 218
LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO DISCOIDE PESQUISADO EN ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO 219
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEBUTANDO COMO PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA EN OCTOGENARIA: 220
MACRO–CREATINCINASA COMO CAUSA DE ELEVACIÓN PERSISTENTE DE CK-MB: 221
MALLET FINGER POR TRAUMA DOMÉSTICO EN PACIENTE FEMENINA ADULTA: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN: 222
MANEJO AMBULTATORIO DE HIPONATREMIA CRÓNICA LEVE EN PACIENTE GERIÁTRICO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL: 223
MANEJO DE ÚLCERAS DE KENNEDY EN CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO: 224
MANEJO EXITOSO DE UNA PRESENTACIÓN PODÁLICA INESPERADA EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD 225
MANEJO QUIRÚRGICO DE LUXACIÓN TIBIOFIBULAR PROXIMAL EN PACIENTE CON FRACTURA TIBIAL PROXIMAL A PROPÓSITO DE UN CASO 226
MANIFESTACIÓN DE PSORIASIS GUTTATA EN ADULTO CON TRISOMÍA XYY Y COMORBILIDADES ENDOCRINOMETABÓLICAS, UN ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO INTEGRAL 227
MANIFESTACIÓN PSICÓTICA EN PACIENTE CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR Y CONSUMO CRÓNICO DE CANNABINOIDES: REPORTE DE UN CASO 228
MANIFESTACIONES ATÍPICAS DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. UN FALSO TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA 229
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO - REPORTE DE CASO 230

MANIFESTACIONES OFTÁLMICAS DE LA LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO CON PROTRUSIÓN OCULAR: 231
MANIFIESTACIONES CLÍNICAS Y DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN CONTEXTO DE VIOLENCIA FAMILIAR: 232
MÁS ALLÁ DE LA DEPRESIÓN: DESPERSONALIZACIÓN COMO RESPUESTA ADAPTATIVA AL TRAUMA, A PROPÓSITO DE UN CASO: 233
MÁS ALLÁ DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO 234
MAS ALLA DE LAS MENINGES: UN CASO DE ABSCESO PONTOCEREBELOSO SECUNDARIO A LISTERIA MONOCYTOGENES: 235
MÁS ALLÁ DEL ÁNIMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ESQUIZOFRENIA TRAS UN TRASTORNO DEPRESIVO 236
MÁS ALLÁ DEL DOLOR DE CRECIMIENTO: DIAGNÓSTICO DE OSTEOMA OSTEOIDE, REPORTE DE UN CASO: 237
MÁS ALLÁ LO CLÁSICO DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ. SUPERPOSICIÓN DE VARIANTES ATÍPICAS, UN DESAFÍO PARA LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA. 238
MÁS QUE UNA PARÁLISIS FACIAL, DIAGNÓSTICO DE RAMSAY HUNT EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 239
MASA ANEXIAL Y SANGRADO UTERINO EN MUJER POSTMENOPÁUSICA CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA MUCINOSO DE OVARIO: 240
MEDIASTINITIS SECUNDARIA A ACCESOS DE TOS INTENSA EN NEUMONÍA BACTERIANA GRAVE POR STREPTOCOCCUS PYOGENES: REPORTE DE CASO 241
MELANOMA ACRAL PLANTAR MALIGNO COMO CAUSA INUSUAL DE SÍNDROME CONSUNTIVO EN ADULTO MAYOR. A PROPÓSITO DE UN CASO: 242
MELANOMA SPITZOIDE Y LA IMPERATIVA DISTINCIÓN DEL NEVO DE SPTIZ, REPORTE DE UN CASO 243
MENINGITIS POR VIRUS VARICELA ZOSTER: A PROPÓSITO DE UN CASO 244
METÁSTASIS VAGINAL COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE CÁNCER 245
MIALGIA, EL INICIO DE UNA ENDOCARDITIS, A PROPÓSITO DE UN CASO: 246
MIASTENIA GRAVIS REFRACTARIA: EL ROL DE LOS ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD20. A PROPÓSITO DE UN CASO 247
MIELITIS TRANSVERSA ASOCIADA A INFLUENZA A EN PACIENTE ADULTO MAYOR: A PROPÓSITO DE UN CASO 248
MIOPATÍA INFLAMATORIA INDUCIDA POR ESTATINAS EN PACIENTE SIN COMORBILIDADES: RELEVANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA TEMPRANA: 249
MIOPATÍA NECROSANTE INMUNOMEDIADA ASOCIADA A USO PROLONGADO DE ESTATINAS: REPORTE DE CASO 250
MOMIFICACIÓN DE LA EXTREMIDAD INFERIOR EN PACIENTE GERIÁTRICO: UN DESAFÍO EN EL MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA 251
MÚLTIPLES QUISTES EPIDÉRMICOS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CUTÁNEA DE SÍNDROME DE GARDNER: A PROPÓSITO DE UN CASO 252
MUTACIÓN DE GEN RYR1 ASOCIADO A SUSCEPTIBILIDAD A HIPERTERMIA MALIGNA EN PACIENTE CON MIALGIAS: 253

NEUMOENCÉFALO TARDÍO POSQUIRÚRGICO. UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN CONTEXTO INSULAR 254
NEUMONÍA ASOCIADA A VIRUS VARICELA ZÓSTER: LA RELEVANCIA DE LA SOSPECHA TEMPRANA EN ATENCIÓN PRIMARIA 255
NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO EN PACIENTE POLICONSULTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO PESQUISADO EN ATENCIÓN PRIMARIA: 256
NEUMOTORAX SECUNDARIO A NEUMONIA ASOCIADA DE LA COMUNIDAD A PROPOSITO DE UN CASO 257
NEURITIS ÓPTICA UNILATERAL EN PACIENTE JOVEN, REPORTE DE CASO: 258
NEUROFIBROMA CUTÁNEO EN PACIENTE RURAL INICIALMENTE DIAGNOSTICADO COMO QUELOIDE, DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN TELEMEDICINA Y ATENCIÓN PRIMARIA RURAL 259
NEURONITIS VESTIBULAR, DIAGNÓSTICO CLÍNICO DIFERENCIAL EN SERVICIO DE URGENCIA DE BAJA COMPLEJIDAD 260
NO NOS OLVIDEMOS DE LA LISTERIA. A PROPÓSITO DE UN CASO: 261
NO TODO DOLOR LUMBAR, ES LUMBAGO: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE CÁNCER DE PULMÓN 262
NO TODO TEMBLOR ES PARKINSON. A PROPÓSITO DE UN CASO: 263
OBSTRUCCIÓN AGUDA DE VÍA AÉREA PEDIÁTRICA POR LINFOMA MEDIASTÍNICO CON NEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO Y PARO CARDIORRESPIRATORIO EN HOSPITAL DE NIVEL PRIMARIO 264
OMALGIA CRÓNICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE SARCOMA DE PARTES BLANDAS: REPORTE DE UN CASO: 265
ONICOMADESIS, UN SIGNO NECESARIO DE CONOCER, A PROPÓSITO DE UN CASO: 266
OSGOOD-SCHLATTER EN LA EDAD PEDIÁTRICA: IMPORTANCIA DE CONOCER LAS CAUSAS DE DOLOR ÓSEO: 267
OSTEOCONDROMA INCIDENTAL: MÁS ALLÁ DE UN ESGUINCE 268
OSTEOMIELITIS CRONICA COMO CAUSA DE CLAUDICACION EN PACIENTE PEDIATRICO EN ZONA RURAL EXTREMA: a propósito de un caso 269
OSTEONECROSIS PRIMARIA DE RODILLA, UNA PATOLOGÍA POCO CONOCIDA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE GONALGIA PROGRESIVA. REPORTE DE CASO: 270
PACIENTE JOVEN, EL GRAN OLVIDADO EN LA DIVERTICULITIS AGUDA 271
PANCREATITIS AGUDA COMO CAUSA DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA: LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN 272
PANCREATITIS AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA CON XANTOMAS ERUPTIVOS: 273
PANCREATITIS AUTOINMUNE Y COLANGITIS ESCLEROSANTE ASOCIADAS A ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4: UN DESAFíO DIAGNÓSTICO 274
PAPILOMA INVERTIDO RECIDIVANTE DE FOSA NASAL, DESAFÍO EN EL SEGUIMIENTO Y MANEJO A LARGO PLAZO 275
PAPILOMA PREAURICULAR CONGÉNITO EN PACIENTE PEDIATRICO: REPORTE DE CASO 276
PARÁLISIS AGUDA DEL III PAR COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE MACROADENOMA HIPOFISIARIO EN SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL PRIMARIO 277

PARÁLISIS DEL NERVIO LARÍNGEO RECURRENTE SECUNDARIA A REFLUJO GASTROESOFÁGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....278
PARÁLISIS DEL SEXTO PAR CRANEAL DE ETIOLOGÍA METABÓLICA EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, REPORTE DE CASO: 279
PARÁLISIS HIPOCALÉMICA TIROTÓXICA, A PROPÓSITO DE UN CASO 280
PARÁLISIS PERIÓDICA TIROTÓXICA COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE PARÁLISIS A PROPÓSITO DE UN CASO.....281
PARAPARESIA ESPÁSTICA FAMILIAR: REPORTE DE UN CASO DIAGNOSTICADO EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE TELEMEDICINA 282
PATRÓN ELECTROCARDIOGRÁFICO S1Q3T3 COMO CLAVE EN LA SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: REPORTE DE CASO 284
PERFIL DE USUARIOS DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR EN UN CESFAM DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO 285
PERFORACIÓN DE ÚLCERA DUODENAL EN PACIENTE CON SÍNDROME ULCEROSO NO TRATADO: REPORTE DE CASO. 286
PERICARDITIS AGUDA ASOCIADA A HERPES ZÓSTER, REPORTE DE CASO......287
PERICARDITIS AGUDA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO 288
PERICARDITIS COMPRESIVA SECUNDARIA A PENETRANTE TORÁCICA: UN DIAGNÓSTICO TARDÍO EN PACIENTE JOVEN.....289
PERICARDITIS CONSTRICTIVA TUBERCULOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO: 290
PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA: FORMA INFRECUENTE, SEVERA Y DESTRUCTIVA DE UNA PATOLOGÍA FRECUENTE.....291
PLASMOCITOMA AMIGDALIANO IZQUIERDO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE MIELOMA MÚLTIPLE: REPORTE DE CASO.....292
PLASMOCITOMA COSTAL COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN EL ESTUDIO DE DORSALGIA CRÓNICA.....293
POLIMIALGIA REUMÁTICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ARTICULAR EN ADULTO MAYOR, A PROPÓSITO DE UN CASO:.....294
POLIOSIS COMO SIGNO CENTINELA QUE OBLIGA A DESCARTAR EL SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA, A PROPÓSITO DE UN CASO:.....295
POROCARCINOMA CUTÁNEO, EL DESAFÍO DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LESIONES CRÓNICAS.....296
POSICIÓN DE TRÍPODE EN BIPEDESTACIÓN COMO MANEJO TRANSITORIO DE EDEMA PULMONAR AGUDO CARDIOGÉNICO EN CONTEXTO DE POSTA DE SALUD RURAL: 297
PRECISANDO EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO, A PROPÓSITO DE UN CASO: 298
PRESENTACION ATIPICA DE PANCREATITIS AGUDA, A PROPOSITO DE UN CASO: 299
PRESENTACIÓN CLÍNICA DE UNA DOBLE SALIDA DE VENTRÍCULO DERECHO EN UN RECIÉN NACIDO, A PROPÓSITO DE UN CASO: 300
PRESENTACIÓN CONDUCTUAL DE DEMENCIA FRONTOTEMPORAL, REVISIÓN A PROPÓSITO DE CASO EVALUADO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) 301

PRESENTACIÓN DE LINFOMA NO HODGKIN COMO DOLOR TORÁCICO RECURRENTE, A PROPOSITO DE UN CASO 302
Presentación inusual de shock cardiogénico: el rol del mixoma auricular en la obstrucción intracardiaca: 303
PRESENTACIÓN SINCRÓNICA DE NEOPLASIAS EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE LYNCH CONFIRMADO: 304
PREVALENCIA DE MINIMENTAL ABREVIADO ALTERADO EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DOCTOR FRANCISCO BORIS SOLER DE MELIPILLA: 305
Priapismo neonatal, a propósito de un caso. 306
PROBABLE REACCIÓN TIPO ENFERMEDAD DEL SUERO POR FENOFIBRATO. REPORTE DE CASO 307
PROMOCIÓN DEL USO ADECUADO DE ANTIBIÓTICOS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN ADULTOS MAYORES: INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA 308
PROPTOSIS UNILATERAL COMO MANIFESTACION DE FÍSTULA CARÓTIDO CAVERNOSA: 310
PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA EN EL ADULTO MAYOR: LA IMPORTANCIA DE LA CONTINUIDAD EN EL CUIDADO 311
PSICOSIS PERSECUTORIO, REPORTE DE UN CASO 312
PSORIASIS INVERSA, DESAFÍO DIAGNÓSTICO ANTE PRESENTACIÓN INTERTRIGINOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA 313
PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA, REPORTE DE UN CASO: 314
PUSTULOSIS PALMOPLANTAR Y PSORIASIS PALMOPLANTAR, ¿LA MISMA ENTIDAD?: A PROPÓSITO DE UN CASO. 315
QUERATOACANTOMA Y CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO: LA IMPORTANCIA DE LA CIRUGÍA MENOR EN APS, A PROPÓSITO DE UN CASO: 316
QUISTE HIDATÍDICO PERITONEAL PRIMARIO EN PACIENTE PEDIÁTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO 317
RABDOMIÓLISIS: COMPLICACIONES Y MANEJO TERAPÉUTICO TEMPRANO 318
RABDOMIOLISIS SECUNDARIA A HIPOKALEMIA SEVERA EN CONTEXTO DE TRANSGRESIÓN ALCOHOLICA Y PSICOSIS: REPORTE DE UN CASO 319
REALIDAD DE TELEDERMATOLOGÍA EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR CHIGUAYANTE DURANTE UN PERIODO DE DOS AÑOS: 320
REHABILITACIÓN INTEGRAL Y ENFOQUE PSICOSOCIAL SEGÚN LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD EN ZONA RURAL 322
RELACIÓN ENTRE NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA Y FONDO DE OJO ALTERADOS EN PACIENTES DIABÉTICOS DE CESFAM RENAICO 323
REPORTE DE UN CASO: REACCIÓN ADVERSA CUTÁNEA A SEMAGLUTIDE 324
RESECCIÓN DE NEVO MELANOCÍTICO Y HALLAZGO DE FIBROXANTOMA ATÍPICO, A PRÓPOSITO DE UN CASO 325
RETINOPATÍA DIABÉTICA Y HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS EN LA COMUNA DE CANELA EN 2025, UN ESTUDIO DESCRIPTIVO 326
ROSÁCEA GRANULOMATOSA REFRACTARIA A TRATAMIENTOS CONVENCIONALES: REPORTE DE UN CASO 327

ROSÁCEA IMPETIGINIZADA EN PACIENTE CON COMORBILIDADES METABÓLICAS: REPORTE DE CASO 328
Rush alérgico que no lo era, superposición de dermatomiositis y lupus eritematoso sistémico, a propósito de un caso 329
SARCOIDOSIS CARDIACA COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA, A PROPÓSITO DE UN CASO 330
SARCOMA DE EWING COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LUMBALGIA CON BANDERAS ROJAS, A PROPÓSITO DE UN CASO: 331
SARCOMA DE KAPOSI COMO MANIFESTACIÓN DEL ABANDONO TERAPÉUTICO EN PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA: 332
SHOCK ANAFILACTICO REFRACTARIO SECUNDARIO A ROTURA DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO A PROPÓSITO DE UN CASO 333
SINCOPE COMO PRESENTACIÓN DE SÍNDROME AÓRTICO AGUDO. A PROPÓSITO DE UN CASO 334
SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS EN CONTEXTO RURAL: REPORTE DE CASO EN HOSPITAL DE CALBUCO 335
SÍNDROME CATATÓNICO EN ADOLESCENTE, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD 336
SINDROME DE ADDISON, SOPECHA CLÍNICA EN ATENCION PRMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO 337
SÍNDROME DE AXENFELD-RIEGER, SOSPECHA DIAGNÓSTICA A PARTIR DE HALLAZGOS OCULARES 338
SÍNDROME DE CAPGRAS: CASO CLÍNICO 339
SÍNDROME DE CAYLER, LA IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN PRECOZ PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES FUTURAS: 340
SÍNDROME DE CHILAIDITI: RARA CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL, DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS EN APS A PROPÓSITO DE UN CASO 341
SÍNDROME DE DRESS COMO COMPLICACIÓN DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO: 342
Síndrome de DRESS secundario a tratamiento antituberculoso, reporte de un caso 343
SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ ATÍPICO, PRESENTACIÓN INUSUAL EN URGENCIAS: 344
SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ ATÍPICO, PRESENTACIÓN INUSUAL EN URGENCIAS 345
SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ CON LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO INICIAL NORMAL. IMPORTANCIA DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO PRECOZ 346
SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ VARIANTE AMAN: CURSO TÓRPIDO CON MÚLTIPLES COMPLICACIONES Y REHABILITACIÓN PROLONGADA 347
SÍNDROME DE LESER-TRÉLAT COMO SOSPECHA DE NEOPLASIA MALIGNA EN CASO DE POBLACIÓN RURAL: REPORTE DE UN CASO. 348
SÍNDROME DE MILLER FISCHER: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE DIPLOPIA 349
SINDROME DE MONDOR COMO MANIFESTACION INICIAL DE CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE LA MAMA 350
SÍNDROME DE NOÉ, UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE, ABORDAJE DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA: 351

SÍNDROME DE ORINA PÚRPURA EN PACIENTE CON USO DE SONDA PERMANENTE, REPORTE DE UN CASO 352
SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS EN PACIENTE JOVEN CON INVAGINACIONES INTESTINALES RECURRENTES, REPORTE DE CASO: 353
SÍNDROME DE PICKWICK: COMPLICACIONES POCO FRECUENTES DERIVADAS DE LA OBESIDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO 354
SÍNDROME DE RAMSAY HUNT Y VIRUS VARICELA ZOSTER A PROPÓSITO DE UN CASO 355
SÍNDROME DE SILLA TURCA VACÍA A PROPÓSITO DE UN CASO: 356
SÍNDROME DE SILLA TURCA VACÍA COMO POSIBLE CAUSA DE HIPOTIROIDISMO A PROPÓSITO DE UN CASO 357
SÍNDROME DE SJÖGREN COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL: 358
SÍNDROME DE SOTOS, ENFERMEDADES POCO COMUNES Y LA IMPORTANCIA DE PESQUISA EN ATENCIÓN PRIMARIA: 359
Síndrome de Stevens-Johnson inducido por AINE en paciente joven: importancia de la detección temprana y manejo multidisciplinario: 360
SÍNDROME DE SWEET ASOCIADO A INFECCIÓN ENTÉRICA Y DISPLASIA CERVICAL: IMPORTANCIA DEL ABORDAJE INTEGRAL 361
SINDROME DE TAKOTSUBO, A PROPÓSITO DE UN CASO: 362
SÍNDROME DE TERSON, MANIFESTACIÓN INFRECUENTE DE COMPROMISO VISUAL ASOCIADO A HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: 363
SÍNDROME DE WARTENBERG, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN MUJER ADULTA CON DOLOR Y PARESTESIAS EN MANO NO DOMINANTE: 364
SÍNDROME DE WÜNDERLICH: HEMATOMA RENAL ESPONTÁNEO. 365
SÍNDROME INFLAMATORIO ASOCIADO A POLINEUROPATÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO: 366
SÍNDROME MILLER FISHER, REPORTE DE UN CASO 367
SÍNDROME MIOPÁTICO COMO MANIFESTACIÓN DE LINFOMA RENAL: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL 368
SÍNDROME PSEUDOBULBAR POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO. 369
SÍNDROME SEROTONINÉRGICO, SECUNDARIO A UNA REACCIÓN ADVERSA A FÁRMACOS. IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA 370
SINGULTO PERSISTENTE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN SÍNDROME MEDULAR LATERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO: 371
SÍNTOMAS COGNITIVOS EN ADULTA MAYOR SECUNDARIOS A TRASTORNO DEL ÁNIMO: A PROPÓSITO DE UN CASO 372
SIRINGOBULBIA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE POLITRAUMATISMO, A PROPÓSITO DE UN CASO: 373
SOSPECHA DE GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS (SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS) EN ATENCIÓN PRIMARIA: 374
SOSPECHA DE MIOPATÍA INFLAMATORIA E IMPORTANCIA DE DERIVACIÓN PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, A PROPÓSITO DE UN CASO 375

SOSPECHA DE NEUTROPENIA FEBRIL EN UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO 376
¿Sospecha neoplasia? Descarte tuberculosis: Reporte de un caso....377
SOSPECHA PRECOZ DE DISQUINESIA TARDÍA EN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA: IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA. 378
SOSPECHA PRECOZ DE VASCULITIS ASOCIADA A ANCA: DETECCIÓN DE HEMORRAGIA ALVEOLAR Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO 379
STRUMA OVARII: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN BREVE DE LA LITERATURA: 380
TAQUICARDIA VENTRICULAR COMO MANIFESTACION CLÍNICA DE UN INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO A PROPOSITO DE UN CASO: 381
TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR FIBROSIS Y CIRROSIS HEPÁTICA EN CHILE (2019–2024), UN ESTUDIO PROSPECTIVO 382
TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR PSICOSIS INDUCIDA POR CANNABIS EN CHILE. ANÁLISIS NACIONAL 2021–2024 384
TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA, REPORTE DE CASO....385
TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS DE ATENCIONES REALIZADAS EN EL CESFAM LA BANDERA, OCTUBRE 2023–2024 386
TÉTANOS GENERALIZADO SECUNDARIO A HERIDA PUNZANTE EN TALÓN DERECHO: REPORTE DE CASO 387
TIÑA DE LAS BARBERÍAS, A PROPÓSITO DE UN CASO:....388
TIÑA INCÓGNITA, A PROPÓSITO DE UN CASO....389
TINEA CAPITIS ZOONÓTICA EN ADULTO TRAS CONTACTO CON GATO CALLEJERO: RELEVANCIA DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y EDUCACIÓN SANITARIA 390
TORMENTA INFLAMATORIA. SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA (SAM) SECUNDARIO A ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO (ES), A PROPÓSITO DE UN CASO: 391
TORMENTA TIROIDEA A CAUSA DE CESE DE TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE GRAVES, A PROPÓSITO DE UN CASO....392
TOXICIDAD EVITABLE POR ERROR DE POSOLOGÍA DE METOTREXATO, UN LLAMADO ACTIVO A LA VIGILANCIA TERAPÉUTICA. REPORTE DE CASO 393
TRACCIÓN TRANSESQUELÉTICA SUPRACONDÍLEA COMO MANEJO INICIAL EN FRACTURA ACETABULAR COMPLEJA 394
TRASTORNO NEUROLÓGICO FUNCIONAL EN PACIENTE CON MULTIMORBILIDAD: REPORTE DE CASO....395
TRASTORNO PSICÓTICO BREVE SECUNDARIO A ESTRÉS AGUDO EN ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO....396
TRICOBEZOAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO A PROPÓSITO DE UN CASO....397
TROMBOCITOPENIA SECUNDARIA A OLMESARTÁN, A PROPÓSITO DE UN CASO. 398
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTE JÓVEN ASOCIADO A USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES, REPORTE DE UN CASO....399
TROMBOSIS ARTERIAL PERIFÉRICA, UN CASO CLÍNICO DE PRESENTACIÓN AGUDA EN URGENCIAS 400

TROMBOSIS DE LA VENA RENAL POR ESTADO DE HIPERCOAGULABILIDAD SECUNDARIO A SÍNDROME NEFRÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO 401
TROMBOSIS SÉPTICA DE VENA PORTA, REPORTE DE UN CASO: 402
TUBERCULOMAS ESPLÉNICOS: PRESENTACIÓN CLÍNICA INFRECUENTE DE TUBERCULOSIS MILIAR, A PROPÓSITO DE UN CASO: 403
TUBERCULOSIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIÓN EN MUCOSA ORAL CON EVOLUCIÓN ERRÁTICA. REPORTE DE UN CASO: 404
TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR, REPORTE DE CASO: 405
TUBERCULOSIS INTESTINAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CÁNCER DE COLON, REPORTE DE UN CASO: 406
TUBERCULOSIS SINOVIAL DE MUÑECA, UNA MANIFESTACIÓN EXTRAPULMONAR ATÍPICA. ...407
TUMOR ABDOMINOPÉLVICO GIGANTE COMO CAUSA DE DESCOMPENSACIÓN CARDIORRESPIRATORIA, UN RETO DIAGNÓSTICO EN PACIENTE CON COMORBILIDADES: 408
TUMOR CEREBRAL COMO CAUSA DE VÉRTIGO CENTRAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. A PROPÓSITO DE UN CASO 409
TUMOR OSEO INCIDENTAL EN ADOLESCENTE DEPORTISTA: FIBROMA NO OSIFICANTE COMO LESION BENIGNA EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD 410
TUMOR SUPRASELAR EN PEDIATRÍA: CEFALEA CON BANDERAS ROJAS COMO SÍNTOMA INICIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO. 411
TUMOR TRIQUILEMAL PROLIFERANTE MALIGNO: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO. 412
ÚLCERAS DE CAMERON COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN ADULTO MAYOR: REPORTE DE CASO EN HOSPITAL DE CALBUCO 413
UN HALLAZGO QUE VALE LA PENA PERSEGUIR: COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA EN PACIENTE CON INFECCIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO 414
UNA RARA DERMATITIS VASCULAR: PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA ACROANGIODERMATITIS DE MALI 415
UNA REVELACIÓN SILENTE: LA PRIMERA CRISIS CONVULSIVA EN UN ADULTO CON MALFORMACIÓN CORTICAL CONGÉNITA EXTENSA: 416
UNA VISIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL MIELOMA MÚLTIPLE EN CHILE: TASA DE MORTALIDAD DURANTE EL PERIODO 2016 A 2024 417
URGENCIA HIPERTENSIVA EN EDAD ESCOLAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO: 418
USO DE PLATAFORMA HOSPITAL DIGITAL – TELEDIABETOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA RURAL 419
UVEITIS ANTERIOR AGUDA ASOCIADA A HLA-B27. A PROPOSITO DE UN CASO 420
VALOR DE LA ECOGRAFÍA MÚSCULO-ESQUELÉTICA EN DOLOR ARTICULAR PERSISTENTE: EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: 421
VASCULITIS POR INMUNOGLOBULINA A EN ADULTOS. UN CASO POCO COMÚN 423
VASCULITIS REUMATOIDE CON COMPLICACIONES MULTISISTÉMICAS EN MUJER DE 37 AÑOS: UN DESAFÍO TERAPÉUTICO 424
VÉRTIGO PERIFÉRICO COMO PRESENTACIÓN DE MEDULOBLASTOMA: 425

A PROPOSITO DE UN CASO: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ARTROSIS QUE NO RESPONDE A TRATAMIENTO

Autores: Steinigger Stumpp Johann (1); Manzur Novoa Amira (2) Mancilla Marín Javiera (3)
Afiliaciones: (1) Médico Cirujano, Posta rural de Nueva Braunau, Puerto Varas. (2) Médico Cirujano, Hospital de Futaleufú, Futaleufú (3) Médico Cirujano etapa de destinación y formación, Hospital de Futaleufú, Futaleufú

Introducción: La artrosis erosiva de manos (AEM) es una variante inflamatoria y rápidamente progresiva de la osteoartritis, caracterizada por episodios de dolor agudo, tumefacción y erosiones óseas en radiografías. Afecta principalmente a mujeres en edad avanzada y compromete con mayor frecuencia las articulaciones interfalángicas proximales y distales. Su fisiopatología presenta fenómenos degenerativos como un componente inflamatorio significativo lo cual la diferencia de la artrosis clásica. En este contexto la identificación oportuna y tratamiento dirigido para limitar el dolor, mejorar función y evitar progresión de la enfermedad son esenciales.

Presentación del caso: Mujer de 76 años con antecedentes de gonartrosis y coxartrosis de larga data, en tratamiento habitual con analgésicos y antiinflamatorios con escasa respuesta. En los meses previos a la consulta presento cuadro de artralgias en interfalanges proximales y distales de ambas manos con evidencia de sinovitis, sin respuesta a tratamiento analgesia y anti inflamatorios. Tras la persistencia del cuadro fue derivada a reumatología donde se visualiza la radiografía de manos que evidencia signos sugerentes de artrosis erosiva de la interfalange distal del tercer dedo derecho e interfalange proximal del cuarto dedo derecho. Se diagnostica AEM y se inicia tratamiento con corticoides orales a bajas dosis e hidroxicloroquina. Se realiza seguimiento del caso y a los 4 meses la paciente refiere disminución de la sintomatología.

Discusión y conclusiones: En este caso, la artrosis se identificó como el diagnóstico inicial predominante, sin embargo, la progresión del cuadro clínico, artralgias, sinovitis y radiografía permitió confirmar el diagnostico de AEM. Además, hay que destacar que el tratamiento habitual de la artrosis erosiva es antiinflamatorios y corticoides por periodos limitados ya que el ensayo OA TREAT (2021) no demostró beneficio significativo de la hidroxicloroquina sobre el dolor, función o progresión radiográfica frente a antinflamatorios. Sin embargo, según la evidencia, el carácter inflamatorio de la enfermedad con signos de sinovitis detectable podría justificar el uso de hidroxicloroquina para el manejo de esta patología. La respuesta favorable de este caso respalda la necesidad de individualizar el manejo según las características del paciente.

Palabras clave: Artrosis, Artrosis erosiva de manos, hidroxicloroquina.

A PROPOSITO DE UN CASO: DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO RESULTA SER QUISTE HIDATIDICO GIGANTE

Autores: Prado Yáñez Francisca (1); Khamg Osorio Marcela (2), Pizarro Hojas Sebastian (3), Ahues Perez Nicolás (4)
Afiliaciones: (1) MGZ, Hospital 21 De Mayo, Taltal. (2) MGZ, Hospital 21 De Mayo, Taltal

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad zoonótica parasitaria que se transmite al ser humano por la ingesta de huevos de Echinococcus spp, se puede localizar quistes en cualquier órgano, ubicándose en un 60-70% de los casos en hígado, es frecuente que en su etapa inicial sea asintomática, detectándose en ocasiones a través de un hallazgo accidental al realizar estudios de imágenes por otros motivos. Con frecuencia esta infección se adquiere en la infancia, presentando manifestaciones clínicas en la adultez debido al efecto de masa, o por las complicaciones asociadas. Es una patología endémica poco frecuente, la tasa por 100 habitantes a nivel nacional el 2022 fue de 2.5 mientras que en la región de Antofagasta fue de 0.8.

Presentación del caso: Paciente femenina de 22 años, oriunda de la región de Antofagasta, sin antecedentes médicos de importancia cuadro de un año de evolución caracterizado por dolor abdominal en cuadrante superior derecho tipo cólico, sin irradiación ni síntomas asociados inicialmente, consultó en servicio de urgencias en diversas ocasiones con diagnóstico de colon irritable y manejo sintomático, con el pasar de los meses inicia con dispepsia y vómitos por lo que se solicita ecografía abdominal donde se evidencia quiste hepático multiloculado; se procede a realizar scanner de abdomen que muestra voluminosa lesión multiloculada, con septos y paredes engrosadas, de 153 x 115 x 100 mm, determinando efecto de masa con desplazamiento posterior del estómago. Por las características de la imagen, muy sugerente de quiste hidatídico se inicia tratamiento con albendazol 400mg cada 12 horas, posterior a 30 días de tratamiento antihelmíntico se pasa a pabellón para hepatectomía izquierda; se realiza extracción de pieza sin problemas y se envía a biopsia, la que confirma el diagnóstico.

Discusión y conclusiones: El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en urgencias, los que suelen no ser estudiados. El diagnóstico oportuno de la hidatidosis es relevante ya que es una enfermedad que genera un alto impacto socioeconómico para las personas afectadas, como a su entorno además, conlleva altos costos al sistema de salud, en especial, por la necesidad de una resolución quirúrgica de estos quistes hidatídicos.

Palabras clave: Dolor Abdominal, Quiste Hidatídico, Zoonosis.

ABORDAJE CLÍNICO DEL TRASTORNO CONVERSIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Ramírez Basulto Tamara (1); Solorza Flores Francisco (1); Farías Castillo María (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Los Quillayes, La Florida, Santiago

Introducción: Se presenta caso de trastorno neurológico funcional (conversivo) con inicio en atención primaria (APS), manifestado por vértigo y paraparesia en contexto de estrés psicosocial mayor. El objetivo es ilustrar el razonamiento diagnóstico y las decisiones de manejo en la red local.

Presentación del caso: Hombre de 62 años, sin antecedentes mórbidos relevantes. Presentó un año de vértigo subjetivo que coincidió con la enfermedad terminal y fallecimiento de su padre; posteriormente se exacerbó y se agregó paraparesia crural y temor intenso a caídas. En la Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (UAPORRINO) se consignó inestabilidad con caídas en múltiples direcciones, vértigo posicional, fotofobia, fonofobia, disartria y disfagia ocasional; se derivó a neurología del Hospital correspondiente a la red. La tomografía computarizada (TC) y la angiotomografía (angioTAC) cerebral no mostraron hallazgos patológicos. El electroencefalograma (EEG) careció de lentitudes focales y actividad epileptiforme. No se encontraron hallazgos relevantes en los exámenes de laboratorio: creatinina 1,16 mg/dL; VHS 2 mm/h; vitamina B12 1085 pg/mL; vitamina D 22 ng/mL; VDRL no reactivo. Por los resultados descritos, se otorgó alta desde la unidad de neurología hospitalaria y se planteó trastorno conversivo, sugiriendo continuidad de atención en Centro de Salud Familiar (CESFAM). En atenciones de CESFAM presentó ánimo disfórico, irritabilidad, anhedonia y ansiedad intensa (miedo a morir, rumiación catastrófica). Al examen neurológico: disartria marcada, paraparesia crural con fuerza M0, reflejos osteotendíneos (ROT) conservados, Babinski negativo, disdiadococinesia y dismetría positivas; signo de Hoover positivo bilateral. Con el conjunto clínico y la ausencia de organicidad, se orientó a trastorno neurológico funcional con síntomas motores y vestibulares. Se indicó sertralina 50 mg/día y se coordinó derivación a psiquiatría en la instancia de consultoría. Se obtuvo consentimiento informado de la tutora para su presentación.

Discusión y conclusiones: El caso subraya el valor de reconocer signos de inconsistencia (Hoover positivo, caídas en múltiples direcciones) y la discordancia clínica ante déficits severos con neuroimagen y EEG normales, especialmente tras estresor mayor (1)(2). En APS se sugiere validar síntomas, explicar el diagnóstico funcional (1)(3), iniciar inhibidor selectivo de recaptura de serotonina (ISRS), contar con instancias de consultoría y derivar oportunamente a rehabilitación, salud mental/neurología. La identificación precoz evita estudios redundantes y reduce discapacidad (2)(3).

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Paresia, Trastornos de conversión

ABORDAJE CONSERVADOR DE LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO EN PACIENTE FRÁGIL Y EL ROL CLÍNICO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Ayala Farías, Martín (1); Rehbein Vicuña Roberto (2), Lillo Castro Karin (2), Rosas Jovanin Javiera (2)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM René Tapia Salgado, Castro, Chiloé. (2) Interno de medicina, Universidad San Sebastián, Sede de la Patagonia, puerto Montt, Chile

Introducción: El Linfoma No Hodgkin (LNH) agrupa neoplasias linfoides de linfocitos B, T o NK, con comportamiento clínico variable. Su incidencia aumenta con la edad, inmunosupresión, exposición a tóxicos y virus como EBV o Hepatitis C. Se presenta con adenopatías persistentes y síntomas B (fiebre, baja de peso, diaforesis nocturna). El diagnóstico se confirma mediante biopsia ganglionar excisional, estudio inmunohistoquímico y etapificación con TAC o PET/CT. El tratamiento depende del subtipo y estado funcional; R-CHOP es el esquema estándar en linfomas B agresivos.

Presentación del caso: Mujer de 68 años, con antecedentes de EPOC, insuficiencia cardíaca crónica compensada, artrosis y tabaquismo activo (IPA ≈35), en control por el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). Refiere masa cervical izquierda desde hace dos meses, de crecimiento progresivo y leve dolor. Evitó consultar por temor al diagnóstico, dada la experiencia oncológica de su esposo. Asocia síntomas B: fiebre intermitente, diaforesis nocturna y pérdida de peso (4 kg/mes). Examen físico: adenopatías cervicales izquierdas (zona IIA 3×2 cm, IIB 2×1 cm), duras, adheridas, no inflamatorias. Hemograma: Hb 10,5 g/dL, plaquetas 814 000/µL. TAC TAP (26/06/25): masa cervical y múltiples adenopatías mediastínicas, compatibles con síndrome linfoproliferativo infiltrativo, asociado a enfisema panacinar bilateral. Biopsia (02/09/25): infiltración por tumor sólido poco diferenciado con necrosis, compatible con Linfoma No Hodgkin tipo B difuso de células grandes. Por el subtipo histológico agresivo y las comorbilidades respiratorias y cardíacas, se optó por manejo conservador, con control sintomático y seguimiento multidisciplinario por programa de paliativos.

Discusión y conclusiones: El caso demuestra una pesquisa incidental de LNH avanzado en paciente frágil. La reticencia inicial a consultar refleja una barrera emocional común en adultos mayores, que requiere comunicación médica empática y centrada en la persona. El manejo conservador fue indicado ante el alto riesgo de toxicidad por quimioterapia y la limitada reserva funcional, en concordancia con guías oncohematológicas para pacientes geriátricos. Este caso refuerza el valor del enfoque biopsicosocial y del acompañamiento médico continuo para decisiones terapéuticas individualizadas y humanizadas.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Cuello, Linfadenopatía, Linfoma No Hodgkin, Tratamiento Conservador

ABSCESO CUTÁNEO COMO PRESENTACION DE ANEURISMA AÓRTICO FISTULIZADO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Vivallo Sanhueza Gabriela (1); Zamora Mancilla Matías (1) Coloma Silva Jean Piere (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Eduardo González Galeno, Cunco, Araucanía (2) Médico Cirujano, Hospital Eduardo González Galeno, Cunco, Araucanía

Introducción: Los aneurismas infecciosos representan entre el 1 y el 3% de los aneurismas (1), su patogénesis exacta aún es incierta, pero se suele asociar a diseminación hematógena microbiológica. Debido a su clínica inespecífica, la demora en el diagnóstico aumenta significativamente su riesgo. La rotura de un aneurisma de aorta abdominal (AAA) es una urgencia quirúrgica con alta mortalidad de entre un 70-90% (2) si no se trata oportunamente. En este caso, se presenta una paciente con cuadro atípico de estos aneurismas.

Presentación del caso: Femenina de 89 años hipertensa, consulta por aumento de volumen doloroso en región lumbar derecha posterior caída el mes previo, de 10 x 10 centímetros, indurada, eritematosa, sensible y con calor local. Inicialmente se indica tratamiento antibiótico y se solicita ecografía, la cual informa hematoma traumático con signos de abscedación, indicándose drenaje con salida de abundante contenido hematopurulento, se deja penrose y curaciones ambulatorias, las que se extendieron por más de 2 meses con mala evolución clínica, persistencia de salida de abundante pus, fiebre y parámetros inflamatorios altos pese a tratamiento con múltiples esquemas antibióticos. Se amplía estudio con escáner abdomino-pélvico que mostró AAA fusiforme complicado con rotura en la pared posterolateral y absceso retroperitoneal derecho adyacente hasta región lumbar fistulizando hasta la piel, sin signos de sangrado activo. Por diagnóstico se indica manejo por cirugía vascular, pero usuaria rechaza tratamiento quirúrgico, decidiendo mantener manejo médico, seguimiento con imágenes y curaciones que se mantienen hasta el día de hoy.

Discusión y conclusiones: En un AAA infeccioso los síntomas clásicos como fiebre, dolor lumbar y masa abdominal pulsátil solo están en un 40% de los pacientes (3), entendiéndose como una clínica inespecífica, a lo que se le agregaría inestabilidad hemodinámica en caso de ruptura. Debido a esto sigue siendo esencial un estudio imagenológico como el escáner para su diagnóstico, ya que, como el caso de nuestra paciente, sólo presentó clínica infecciosa pese a lo larvado y complicado del cuadro clínico. El tratamiento suele ser quirúrgico asociado a tratamiento antibiótico prolongado (4), pero en este caso se priorizaron los deseos de adecuación de esfuerzo terapéutico solicitados por paciente.

Palabras clave: ABSCESO, ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL, ANEURISMA INFECTADO, FÍSTULA CUTÁNEA, HEMATOMA, ROTURA DE LA AORTA,

ABSCESO DEL PISO DE LA BOCA Y PARAFARÍNGEO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Parra Urra Javiera(1); Casanova Ordóñez Bernardita (2), Del Valle Rodríguez Camila (2), Monsalve Sobarzo, Patricio (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Servicio Salud Araucanía Norte. (2) Médico General, Hospital Clínico Regional Valdivia, Servicio Salud Valdivia.

Introducción: Las infecciones odontogénicas profundas del cuello constituyen una urgencia médico-quirúrgica por el riesgo de compromiso de la vía aérea y diseminación a espacios cervicales profundos. Entre ellas, el absceso submandibular con extensión multicompartimental representa una complicación poco frecuente, pero potencialmente fatal. El reconocimiento clínico precoz y el abordaje quirúrgico oportuno son determinantes en el pronóstico. El presente caso expone el manejo integral de una celulitis y absceso odontogénico con extensión al piso de boca y espacios cervicales profundos, destacando la importancia del diagnóstico temprano y la coordinación interdisciplinaria.

Presentación del caso: Paciente masculino de 50 años, previamente sano, consultó por un día de odinofagia, sensación febril y aumento de volumen submandibular derecho. Al examen físico presentaba trismus, voz engolada y edema submandibular no fluctuante. Los exámenes mostraron leucocitosis (22.000 /µL) y PCR 34 mg/dL. La tomografía computada evidenció colección de 5,5 × 4,2 cm centrada en la arcada mandibular derecha, con extensión a los espacios sublingual, submandibular, parafaríngeo y faringomucoso derechos, además de signos de supraglotitis inicial. Se indicó antibióticoterapia intravenosa con ceftriaxona y clindamicina, régimen cero e intervención quirúrgica. Se realizó cervicotomía transversa con disección y ligadura de vasos faciales, drenaje de material purulento por vía intraoral y colocación de penrose para drenaje. El cultivo fue tomado durante el procedimiento. Evolucionó favorablemente, con reducción del edema y del dolor, sin compromiso respiratorio. Fue dado de alta con amoxicilina-ácido clavulánico oral, drenaje abierto y control ambulatorio en su CESFAM. En seguimiento a los siete días, se encontraba sin signos de inflamación ni compromiso funcional. Continuo en seguimiento en policlínico de cirugía. Para la realización de este trabajo se obtuvo consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: Las infecciones odontogénicas profundas continúan siendo un desafío diagnóstico y terapéutico. La rápida progresión hacia espacios cervicales y el riesgo de obstrucción aérea justifican la hospitalización y el drenaje quirúrgico precoz. El manejo antibiótico de amplio espectro dirigido a flora mixta aerobia-anaerobia, junto con la cirugía y control de foco dentario, constituyen pilares terapéuticos. Este caso resalta la importancia del diagnóstico por imagen oportuno y del abordaje multidisciplinario (cirugía cabeza y cuello, anestesiología y odontología), reforzando que la intervención temprana reduce complicaciones potencialmente letales y aporta evidencia clínica sobre la eficacia del manejo combinado médico-quirúrgico.

Palabras clave: Absceso, Infecciones Odontogénicas, Infecciones cervicales

ABSCESO GLÚTEO MAYOR DERECHO POSTERIOR A INYECCIÓN DE DICLOFENACO INTRAMUSCULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Llancaqueo Albornoz Pedro (1); Hidalgo Marisio Wladimir (1), Aránguiz Lira Carla (1).
Afiliaciones: (1) Médico en etapa de formación y destinación, CESFAM Lirquén, Penco.

Introducción: La inyección intramuscular (IM) consiste en la administración de medicamentos en profundidad en músculos específicos. Es uno de los procedimientos médicos más comunes que se realizan anualmente. Aunque el procedimiento parece ser menor, rara vez puede resultar en complicaciones mayores como abscesos, bacteriemia y sepsis.

Presentación del caso: Mujer de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia e hipotiroidismo, consultó inicialmente en CESFAM por dolor localizado en glúteo derecho de 3 días de evolución, sin irradiación, de intensidad progresiva y asociado a dificultad para la movilización de la extremidad ipsilateral. Refirió haber recibido 14 días antes una inyección intramuscular de diclofenaco en urgencias por cefalea. Se sospechó tendinitis del glúteo y se indicó tratamiento antiinflamatorio oral. Doce días después, la paciente acudió al servicio de urgencias por persistencia del cuadro, reiterándose el diagnóstico presuntivo de tendinitis e indicándose analgesia y control en CESFAM. Acude a control al día siguiente. Por ausencia de mejoría clínica se solicitó ecografía, realizada al otro día, que evidenció en el espesor del glúteo mayor derecho una zona hipoecogénica alargada de contornos mal definidos, con contenido ecogénico, sugerente de colección, de 6,7 × 11,3 × 1,7 cm. Se indicó tratamiento antibiótico oral con cefadroxilo 1 g cada 12 horas por un mes y seguimiento ecográfico. Diecisiete días después de iniciado el tratamiento, la ecografía de control mostró colección tipo absceso en plano miofascial del músculo glúteo mayor derecho de 9 × 1,3 × 0,7 cm. Se tomaron exámenes de laboratorio, sin elevación de parámetros inflamatorios. La paciente completó el tratamiento antibiótico, presentando recurrencia del dolor la semana siguiente. Se indicó el mismo esquema antibiótico y control ecográfico al término del tratamiento, encontrándose asintomática y evidenciándose completa regresión del absceso en el espesor miofascial del glúteo mayor derecho.

Discusión y conclusiones: Las inyecciones intramusculares tienen riesgos asociados, por lo que deben estar debidamente indicadas y realizadas con una técnica antiséptica. El antecedente de dolor posterior a una inyección intramuscular con mala respuesta a los analgésicos nos debe hacer sospechar una complicación infecciosa que debe ser descartada con exámenes de imagen y laboratorio, por el riesgo de morbimortalidad que conlleva una infección profunda.

Palabras clave: Inyecciones intramusculares, Absceso, Infección

ABSCESO ODONTOGÉNICO REFRACTARIO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE CÁNCER DE SENO MAXILAR:

Autores: Santelices Gaete Isabella (1); Salazar Vargas Paola Cristina (1),
Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, Hospital Familiar y Comunitario de Lanco, Lanco, Región de Los Ríos.

Introducción: Los cánceres de senos paranasales representan menos del 1% de las neoplasias y un 3% de los cánceres de cabeza y cuello. Las histologías más frecuentes son carcinoma escamoso y adenocarcinoma. La localización inicial más frecuente es en seno maxilar (58%) y fosa nasal (30%). Inicialmente puede ser asintomático, presentarse con síntomas nasales inespecíficos como epistaxis recurrente, rinorrea purulenta u obstrucción nasal, o en estadios avanzados como la tríada descrita en un 40-60% de los casos de asimetría facial, lesión en cavidad nasal y aumento de volumen en cavidad oral. Por lo anterior, al momento del diagnóstico la mayoría de los pacientes presentan un estado avanzado de la enfermedad.

Presentación del caso: Hombre de 86 años con antecedente de diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica. Presentó cuadro de 1 mes de evolución que inicia con algia en molar superior derecho, evaluado por odontólogo manejado con antibioterapia y posterior extracción dental. Evoluciona con aumento de volumen progresivo y eritema en región maxilar derecha, persistente pese a ampliar espectro antibiótico, por lo que se hospitaliza por sospecha de absceso odontogénico para antibioterapia endovenosa con mala respuesta. Desde el punto de vista infeccioso afebril y parámetros inflamatorios bajos. Se estudia con tomografía computada que informa proceso expansivo de aspecto tumoral maxilar derecho de tamaño 66x38 mm, con extensión a estructuras adyacentes: destrucción de pared inferior del seno maxilar derecho, invasión de partes blandas de región perioral deformando espacio parafaríngeo y musculatura del espacio masticatorio. Adicionalmente adenopatías de aspecto necrótico probablemente secundarias en grupos cervicales Ib, II y III. Biopsia confirmó carcinoma escamoso moderadamente diferenciado. Dado expansión de lesión, compromiso de fosa pterigoidea y deterioro importante de funcionalidad del paciente, se decide ingreso a cuidados paliativos. Se obtiene consentimiento.

Discusión y conclusiones: Los cánceres de senos paranasales constituyen un desafío diagnóstico, dado que pueden presentarse inespecíficamente asimilando patologías benignas rinosinusales u odontológicas hasta que invaden estructuras adyacentes. El presente caso clínico demuestra la importancia de tener una alta sospecha de patología maligna ante patologías recurrentes y refractarias a manejo médico u odontológico.

Palabras clave: Neoplasias de cabeza y cuello, Neoplasias de los senos paranasales, Neoplasias del seno maxilar.

ABSCESO PERSISTENTE, LA CONSECUENCIA DE LA INMUNOSUPRESIÓN POR CORTICOIDES:

Autores: Vásquez Gaete Javiera (1); Troncoso Hernández Natalia (2) Quilaqueo Fernández Carolina (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Posta Salud Rural Valle El Frío, Villa Santa Lucía, Chaitén (2) Médico General de Zona, CECOSF Ayacara, Ayacara, Chaitén

Introducción: El uso prolongado de corticoides constituye un tratamiento fundamental en enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico (LES) y la artritis reumatoide (AR). No obstante, su efecto inmunosupresor incrementa el riesgo de infecciones graves, entre ellas los abscesos hepáticos y abdominales, patologías poco frecuentes cuya incidencia se estima entre 1 y 3 casos por cada 100.000 personas/año, con una mortalidad que puede alcanzar el 25% en pacientes inmunocomprometidos. Los glucocorticoides alteran la función de macrófagos y neutrófilos, dificultando la formación y resolución de abscesos, lo que retrasa el diagnóstico y enmascara los síntomas de infección. La asociación con otros inmunomoduladores, como metotrexato e hidroxicloroquina, potencia aún más esta susceptibilidad. Reconocer tempranamente las complicaciones infecciosas en este grupo resulta complejo, debido a la presentación atípica y la evolución subaguda de los cuadros febriles.

Presentación del caso: Femenina de 29 años con antecedentes de AR, fibromialgia y LES, en tratamiento con prednisona 10 miligramos (mg) diarios, metotrexato 12,5 mg semanales e hidroxicloroquina 300 mg diarios. Consultó en Hospital de Chaitén por dolor persistente en fosa ilíaca derecha (FID) y fiebre, un mes posterior a apendicectomía. La ecografía abdominal reveló una masa hipoecogénica de 4 centímetros (cm) y elevación de parámetros inflamatorios. Fue derivada al Hospital de Puerto Montt, donde escáner abdominal y pélvico evidenció un absceso hepático de 3,7 × 2,2 cm en el segmento VII, asociado a otra colección perihepática y colección en FID. Se indicó hospitalización para antibioticoterapia endovenosa, con evolución inicial favorable y reducción del absceso hepático. Sin embargo, persistió la colección en FID y posteriormente al alta, se identificó nueva colección en el saco rectouterino, pese al tratamiento adecuado. La paciente continúa en seguimiento ambulatorio, manteniendo el uso de sus medicamentos inmunosupresores por descompensación de la AR.

Discusión y conclusiones: Este caso ilustra cómo la inmunosupresión prolongada condiciona una respuesta inflamatoria deficiente, favoreciendo infecciones recurrentes y abscesos persistentes. Reafirma la necesidad de una vigilancia clínica estrecha ante fiebre en pacientes inmunodeprimidos, el uso sistemático de estudios por imágenes y la individualización del tratamiento inmunosupresor para equilibrar el control de la enfermedad de base y la prevención de complicaciones infecciosas graves.

Palabras clave: Absceso, Antibióticos, Corticoides, Inmunosupresión

ABSCESO RENAL SECUNDARIO A HEMATOMA RENAL SUBCAPSULAR ESPONTÁNEO EN PACIENTE ANTICOAGULADO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Bugueño Sierra Antonia (1); Schade Villagrán Catalina (1), León Marchant Andrés (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de la Familia y Comunidad de Yumbel, Yumbel

Introducción: Los hematomas renales espontáneos (HRE) constituyen un cuadro infrecuente y potencialmente grave. Su diagnóstico requiere alta sospecha clínica y confirmación imagenológica. La evolución puede verse complicada por una infección secundaria, constituyendo un absceso renal, lo que tiende a diagnosticarse tardíamente y asociarse a elevada mortalidad. A continuación, se presenta un caso de HRE en un paciente recibiendo anticoagulación oral.

Presentación del caso: Masculino de 62 años, usuario de acenocumarol por fibrilación auricular, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Consulta inicialmente en servicio de urgencias por dolor lumbar derecho con irradiación a flanco, fiebre y hematuria macroscópica. Se realiza tomografía computarizada (TC), que evidencia el riñón derecho desplazado por una colección perirrenal subcapsular de aspecto hemático, compatible con HRE. Ingresa a UTI para manejo médico y antibioterapia empírica (ceftriaxona), manteniéndose estable. Reconsulta meses después, nuevamente por dolor en flanco derecho y fiebre, laboratorio con Proteína C reactiva en 228 mg/L, leucocitos 14.900/µL e INR 6.2. Urocultivo positivo para Klebsiella pneumoniae. TC con una voluminosa colección hipodensa renal con extensión a partes blandas y al músculo psoas derecho, compatible con absceso renal. Se corrige la anticoagulación con octaplex y vitamina K. Dado el escaso control clínico y persistencia de infección, se realizó drenaje abierto por lumbotomía derecha, obteniéndose 1.100 cc de material purulento hemático. El cultivo intraoperatorio confirmó el mismo microorganismo. Evoluciona favorablemente con antibioticoterapia dirigida (piperacilina/tazobactam y posteriormente ceftriaxona), con reducción significativa del absceso en TC de control. Finalmente, dado las complicaciones presentadas, se decide suspender la anticoagulación y realizar tratamiento quirúrgico definitivo de su arritmia. Se solicita consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: Este caso resalta la importancia del manejo multidisciplinario en pacientes anticoagulados con HRE, también conocido como síndrome de Wünderlich, entidad que aún representa un desafío diagnóstico para urólogos y radiólogos. La TC permitió identificar la progresión del hematoma a absceso, guiando oportunamente el tratamiento. Aunque el manejo médico suele ser suficiente, ante la ausencia de respuesta el drenaje quirúrgico constituye la opción resolutiva. Este caso enfatiza la necesidad de vigilancia clínica e imagenológica estrecha, así como la evaluación individualizada de la anticoagulación, aportando evidencia útil para optimizar el abordaje de estas complicaciones poco frecuentes.

Palabras clave: Absceso renal, Anticoagulación, Hematoma renal

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN CONTEXTO DE ANEMIA E HIPOPERFUSIÓN

Autores: Spano Guajardo Andrea (1); Zamorano Arellano Daniela (1), Pérez Munita Fernanda (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de la Familia y Comunidad de Mulchén, Mulchén.

Introducción: El accidente cerebrovascular es una causa mayor de morbimortalidad en adultos mayores y suele relacionarse con alteraciones hemodinámicas, aterotrombóticas o cardioembólica. Los infartos de cuenca o zona limítrofe representan una entidad en la que la disminución sostenida del flujo afecta regiones limítrofes, típicamente en pacientes con reservas vasculares reducidas o demandas metabólicas aumentadas. Se presenta el siguiente caso en contexto de anemia severa, con el objetivo de mostrar la fisiopatología, los hallazgos de imagen y las decisiones terapéuticas que guiaron el manejo.

Presentación del caso: Masculino de setenta y cuatro años con antecedentes de cáncer gástrico en cuidados paliativos, hipertensión arterial y anemia severa con requerimiento transfusional recurrente. Ingresa al servicio de urgencias de Mulchén por hemiparesia braquiocrural derecha de un día de evolución con tendencia a la hipotensión. Se deriva a atención secundaria por sospecha de accidente vascular encefálico fuera de ventana terapéutica. Laboratorio destaca hemoglobina de cuatro puntos tres gramos por decilitro. Se administra transfusión de glóbulos rojos. Se realiza tomografía computarizada (TC) de cerebro: sin lesiones agudas evidentes. Llama la atención recuperación progresiva posterior a la transfusión. Se complementa estudio con resonancia magnética cerebral: infartos subagudos frontoparietales izquierdos parietooccipitales ipsilaterales y frontales derechos con hiperseñal en flair sin efecto de masa significativo ni signos de transformación hemorrágica. Lesiones isquémicas compatibles con infartos tipo cuenca secundarios a hipoperfusión global en el contexto de hipoperfusión y anemia severa. Se contra deriva para neurorrehabilitación. Se firma consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: Este caso ilustra cómo la anemia severa y la hipoperfusión pueden actuar como disparadores de isquemia cerebral multifocal en territorios límites, aun con TC inicial sin hallazgos agudos. La correlación temporal entre la reposición de glóbulos rojos, la estabilización hemodinámica y la mejoría neurológica refuerza la fisiopatología de “fallo de oferta” como mecanismo principal. En escenarios de alto riesgo y cuidados paliativos, el abordaje debe priorizar la optimización de la entrega de oxígeno, el control cuidadoso de la presión arterial, la prevención de nuevas caídas de volumen y la toma de decisiones alineadas a objetivos de cuidado del paciente.

Palabras clave: Anemia, Cáncer, Isquemia.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR PERINATAL COMO CAUSA DE HEMIPARESIA Y RETRASO DEL DESARROLLO EN LACTANTE, A PROPOSITO DE UN CASO

Autores: Ortiz Lizana Camila Andrea (1); Quezada Quezada María José (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de salud familiar Quiriquina, San Ignacio, Ñuble

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) perinatal es una causa poco frecuente pero significativa de daño neurológico en la infancia. Su incidencia mundial se estima entre 1 de cada 1.600 a 4.000 nacidos vivos, siendo responsable de hasta el 30 % de los casos de parálisis cerebral unilateral. En Chile, los registros nacionales de parálisis cerebral estiman una prevalencia global cercana a 2,5 por 1.000 nacidos vivos, aunque los ACV perinatales suelen estar subdiagnosticados por su presentación tardía. Las secuelas incluyen hemiparesia, epilepsia y trastornos del desarrollo psicomotor. La detección oportuna y la rehabilitación temprana multidisciplinaria son esenciales para optimizar la neuroplasticidad y la funcionalidad del niño afectado.

Presentación del caso: Lactante mayor de 2 años 9 meses, con antecedentes de hipotermia neonatal. Nacida de término a las 37 semanas por cesárea por preeclampsia materna. En control de niño sano al año de edad se evidencia retraso del desarrollo psicomotor. La madre refiere debilidad motora persistente del hemicuerpo izquierdo y episodios de ausencias desde los seis meses, compatibles con crisis epilépticas en estudio. Se encuentra pendiente electroencefalograma. La tomografía axial computarizada de cerebro muestra secuela en el núcleo caudado derecho, compatible con evento vascular perinatal. Actualmente paciente con paresia braquiocrural izquierda que se encuentra en programa de rehabilitación en Teletón y en centro multidisciplinario de atención primaria.

Discusión y conclusiones: El ACV perinatal es una entidad poco reconocida en la práctica pediátrica. Su etiología es multifactorial, incluyendo complicaciones obstétricas, alteraciones de la coagulación y factores maternos como la preeclampsia. La presentación diferida, con signos motores unilaterales o epilepsia focal, suele retrasar el diagnóstico. La neuroimagen es fundamental para confirmar el evento isquémico y orientar la intervención precoz. Los ACV perinatales, aunque infrecuentes, son una causa relevante de discapacidad neuromotora infantil. El reconocimiento temprano y la rehabilitación integral son determinantes para mejorar el pronóstico funcional y cognitivo.

Palabras clave: Accidente Cerebrovascular Infantil, Hemiparesia, Rehabilitación.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR RECURRENTE EN CONTEXTO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA Y VALVULOPATÍA REUMÁTICA:

Autores: Arrigo Alegría Lucas (1); San Martín Aravena Camila (1), Arias Muñoz Fernando (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de salud familiar Michell Chandía Alarcón, Coihueco, Región de Ñuble. (2) Médico General de Zona, Centro de salud familiar Trehuaco, Trehuaco, Región Ñuble.

Introducción: La valvulopatía reumática continúa siendo una causa relevante de enfermedad cardiovascular crónica en países en desarrollo, a pesar de su disminución global. Su evolución puede conducir a disfunción valvular severa, insuficiencia cardíaca (IC), fibrilación auricular (FA) y eventos tromboembólicos, representando un desafío diagnóstico y terapéutico. El presente caso describe a una paciente con antecedente de valvulopatía reumática que, pese a tratamiento quirúrgico y farmacológico óptimo, presenta múltiples eventos cerebrovasculares, destacando la necesidad de un abordaje integral en la prevención secundaria de complicaciones embólicas.

Presentación del caso: Mujer de 43 años consultó en el servicio de urgencias por disartria severa y paresia de la extremidad superior derecha. Antecedentes: tres episodios previos de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico, el último con secuela de afasia leve. Presenta valvulopatía reumática diagnosticada en la adolescencia, con reemplazo valvular mitral mecánico y reparación aórtica realizados en 2002. Evolucionó posteriormente con IC con fracción de eyección (FE) del 25 %, FA permanente y marcapasos desfibrilador implantado en 2022. Se encuentra en tratamiento con acenocumarol ajustado mensualmente, espironolactona, furosemida, carvedilol, amiodarona, sacubitril/valsartán y empagliflozina. El estudio pretrasplante cardíaco descartó compatibilidad antígeno leucocitario humano (HLA), imposibilitando opción quirúrgica avanzada. En dicha oportunidad, la resonancia magnética cerebral confirmó nuevo ACV isquémico en territorio izquierdo, por lo que completó rehabilitación y seguimiento médico. Se firmó consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: El caso refleja la evolución crónica y las complejas secuelas de la valvulopatía reumática, que continúa generando morbilidad significativa en adultos jóvenes. La coexistencia de válvulas mecánicas, FA permanente y disfunción ventricular avanzada eleva considerablemente el riesgo embólico, incluso bajo terapia anticoagulante óptima. Factores como la variabilidad del índice internacional normalizado (INR), interacciones medicamentosas y remodelado auricular perpetúan el riesgo de ACV recurrente. La literatura reciente enfatiza la importancia de un seguimiento interdisciplinario y control estricto de la anticoagulación, así como la vigilancia ecocardiográfica periódica. Este caso destaca la relevancia de estrategias individualizadas de prevención secundaria y refuerza la necesidad de fortalecer la pesquisa y tratamiento precoz de la fiebre reumática para prevenir sus secuelas cardiovasculares de alto impacto.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular isquémico, Fibrilación auricular, Insuficiencia cardíaca, Valvulopatía reumática.

AFECTACIÓN VISUAL TRANSITORIA COMO SIGNO DE HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA IDIOPÁTICA:

Autores: Chaaban Díaz Amany (1); Tapia Letelier Pedro (2); Vergara Rodríguez Vanessa (3), Parra Agurto Francisca (4).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Departamento de Salud Hualañé, Hualañé. (2) Médico General, Centro de Salud Familiar Doctor Marcelo Lopetegui, Osorno. (3) Médico General, Centro de Salud Familiar Pudahuel Poniente, Santiago. (4) Médico General, Hospital del Salvador, Santiago.

Introducción: La hipertensión endocraneana idiopática (HEI) corresponde a una condición caracterizada por un aumento de presión intracraneal en la cual no se evidencia una causa estructural, metabólica ni hormonal. Como cualquier síndrome de hipertensión endocraneana, puede manifestarse por cefalea, vómitos, diplopía, papiledema, tríada de Cushing e incluso compromiso de conciencia. En su forma idiopática, los síntomas predominantes incluyen cefalea frontal o retroocular, pérdida visual y tinnitus. La afectación visual está presente en aproximadamente 70% de los casos y puede manifestarse por pérdida de campos visuales, visión borrosa, disminución de agudeza visual (oscurecimientos) y amaurosis transitoria; rara vez hay diplopía. Las alteraciones suelen ser bilaterales, durar menos de un minuto y desencadenarse por maniobras de Valsalva o cambios posturales. El papiledema debe ser confirmado por un oftalmólogo experimentado ya que existen otras causas que pueden confundirse con este signo.

Presentación del caso: Paciente de 45 años de sexo femenino, con antecedente de tabaquismo, cefalea crónica y abuso de ergotamínicos, con historia de un año de evolución de cefalea holocránea, con aumento progresivo de su intensidad, asociada a episodios de amaurosis fugax y visión borrosa transitoria. Fue derivada a oftalmología por persistencia de síntomas visuales y escasa respuesta a manejo analgésico, donde se evidencia edema de papila bilateral. La resonancia magnética cerebral informó dilatación de vainas de nervios ópticos, aracnoidocele y aumento de presión endocraneal. Se diagnosticó hipertensión endocraneana idiopática e inició tratamiento con buena respuesta clínica.

Discusión y conclusiones: La HEI representa un desafío diagnóstico, ya que sus manifestaciones clínicas iniciales, especialmente la cefalea, puede confundirse con migrañas o cefaleas tensionales. En este contexto, la afectación visual adquiere un papel fundamental como signo de alarma. La aparición de visión borrosa transitoria y amaurosis fugax, aún en ausencia de alteraciones neurológicas evidentes, debe orientar al clínico a descartar un aumento de la presión intracraneal. Una valoración oftalmológica completa resulta indispensable en estos casos, incluyendo fondo de ojo y campimetría. La disminución de la agudeza visual corresponde a un hallazgo tardío en la HEI. En conclusión, la identificación temprana de alteraciones visuales en pacientes con cefalea persistente es fundamental para el diagnóstico oportuno de la HEI.

Palabras clave: Amaurosis, Cefalea, Hipertensión intracraneal

AISLAMIENTO DE HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN LÍQUIDO AMNIÓTICO: UN PATÓGENO INFRECUENTE EN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO:

Autores: Solís Durán Carolina (1); Forner Muñoz Fernanda (2), Pérez Fernández Valentina (1), Tapia Contreras Sofía (3)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Cesfam Ventanas, Puchuncaví, Chile. (2) Médico General de Zona, Hospital Dr Leopoldo Ortega, Chile Chico, Chile. (3) Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.

Introducción: La Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino (RPMP) es la rotura de las membranas antes de 37 semanas y constituye una causa importante de parto prematuro con significativa morbimortalidad perinatal. Está asociada a infección intraamniótica (IIA) y riesgo de sepsis neonatal, con necesidad frecuente de soporte intensivo. Entre las 24–34 semanas el manejo suele ser expectante (maduración pulmonar y antibioterapia), pero la presencia de patógenos atípicos, como Haemophilus influenzae (HI), complica el enfoque y se asocia a desenlaces adversos. El objetivo es reportar un caso de infección intraamniótica por Haemophilus influenzae en RPMP en Chile, destacando el diagnóstico precoz y su impacto terapéutico.

Presentación del caso: Venezolana de 36 años, multípara 1 con obesidad cursando embarazo 25+4 semanas, consulta por pérdida de líquido vaginal sin síntomas de trabajo de parto ni infección. Sin traumatismo ni actividad sexual previa. El tacto vaginal evidencia membranas rotas con líquido amniótico (LA) claro. Ecografía destaca feto único vivo, LA normal, cervicometría 32mm. Leucocitosis con PCR elevada. Se hospitaliza para vigilancia materno-fetal, maduración pulmonar y antibioticoterapia triasociada (Ceftriaxona, Claritromicina, Metronidazol). Ante sospecha de infección intraamniótica (IIA) subclínica, se realiza amniocentesis, cuyo cultivo revela Haemophilus influenzae. Evoluciona estable, afebril y con adecuada monitorización fetal.

Discusión y conclusiones: La IIA por HI en el contexto de RPMP es un hallazgo excepcional, con muy pocos casos reportados a nivel mundial y escasa evidencia en Chile y Latinoamérica. Su baja prevalencia contrasta con la alta morbimortalidad fetal y neonatal descrita, incluyendo sepsis y pérdida fetal. Este microorganismo, habitualmente comensal del tracto respiratorio superior, puede comportarse como patógeno invasivo durante la gestación, por diseminación hematógena o ascenso atípico. En este caso, la identificación de HI mediante amniocentesis permitió confirmar una infección subclínica y orientar un manejo antibiótico oportuno, evitando desenlaces adversos. Esta estrategia recomendada en casos de RPMP con sospecha de IIA subclínica, resulta fundamental para dirigir la terapia antimicrobiana. La experiencia refuerza la importancia de mantener alta sospecha frente a RPMP sin causa aparente y realizar estudios microbiológicos específicos. El diagnóstico precoz y tratamiento dirigido son determinantes para mejorar el pronóstico materno-fetal en infecciones por patógenos atípicos de baja frecuencia en Chile.

Palabras clave: Rotura Prematura de Membranas Fetales, Haemophilus influenzae, Amniocentesis

ALUCINACIONES AUDITIVAS SECUNDARIAS AL USO DE PRAMIPEXOL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Maldonado Zúñiga Constanza (1); Rojas Castro Paulina (1) Campodónico Cortes Sophia (2) Mansilla Gutiérrez Rocío (2)
Afiliaciones: (1) Médico general de zona, CESFAM Dr. Antonio Rendic, Antofagasta (2) Interna de Medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta

Introducción: La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo caracterizado clínicamente como bradicinesia, rigidez y temblor en reposo, además de manifestaciones no motoras. Entre estas últimas, la depresión y la psicosis son altamente frecuentes. El manejo de la EP suele requerir el uso de agonistas dopaminérgicos como el pramipexol, los cuales, aunque efectivos para los síntomas motores, pueden inducir o exacerbar alteraciones conductuales y psicóticas.

Presentación del caso: Paciente masculino de 59 años, con antecedente de EP diagnosticada a los 51 años, presentaba importante rigidez con limitación progresiva de la movilidad, determinando su jubilación por discapacidad a los 54 años. Durante el seguimiento neurológico y tratamiento con pramipexol, se pesquisó depresión asociado a la EP, iniciándose tratamiento con sertralina, venlafaxina y escitalopram en distintas combinaciones y en dosis máximas terapéuticas. En ese contexto, el paciente presentó alucinaciones auditivas, atribuidas inicialmente al uso de pramipexol, por lo que se decidió reducir su dosis, observándose mejoría clínica durante aproximadamente un año. Posteriormente, por resistencia parcial al tratamiento antidepresivo y efectos adversos asociados al uso de agonistas dopaminérgicos es evaluado por psiquiatra. Pero, a pesar de los ajustes farmacológicos y el manejo interdisciplinario, el cuadro psiquiátrico persistió, culminando en un desenlace fatal por suicidio.

Discusión y conclusiones: Este caso permite reflexionar sobre las dificultades terapéuticas en la coexistencia de síntomas motores y psiquiátricos en la enfermedad de Parkinson, así como sobre la necesidad de un abordaje integral entre neurología, psiquiatría y atención primaria para prevenir desenlaces adversos en este tipo de pacientes.

Palabras clave: Alucinaciones, Enfermedad de parkinson, Pramipexol

ANÁLISIS DE LA TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES EN EL PERIODO 2020-2024 EN CHILE:

Autores: Rojas Garcés Belén (1); Contreras Calderón Nicolás (2), Contreras Calderón Danitza (3), Muñoz Reyes Sofía (4)

Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, Departamento de Salud Municipal Pichidegua, Pichidegua. (2) Médico General de Zona, Hospital de Marchigüe, Marchigüe. (3) Médica General, Centro de Salud Familiar Palmilla, Palmilla. (4) Médico General, Departamento de Salud Municipal Pichidegua, Pichidegua.

Introducción: Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) son afecciones que afectan el flujo sanguíneo provocando daño neuronal, e incluyen accidentes cerebrovascular (ACV), hemorragias y malformaciones. En 2019, causaron 6.55 millones de muertes globales (11.6%), siendo la 2da causa de muerte. En Chile, un 2.6% de la población reporta ACV, principalmente mayores de 65 años. Factores de riesgo: hipertensión, diabetes, sedentarismo y determinantes sociales. Su prevención en atención primaria es clave, pudiendo evitar más del 50% de los casos mediante manejo de riesgos. Objetivos: Calcular la tasa de mortalidad por ECV en el periodo 2020-2024, en Chile, por año estudiado, por sexo, según grupo etario y región.

Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo y transversal, con datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), bajo la búsqueda de defunciones por ECV (códigos CIE 10 I60 - I69), y del Censo Nacional 2024. Se calcularon tasas de mortalidad, tendencia y porcentajes. Al tratarse de datos públicos, no requirió evaluación por comité de ética.

Resultados: Entre 2020-2024, se registraron 40.902 decesos por ECV en Chile, con una tasa global de mortalidad de 44.27 casos por 100.000 habitantes. La tasa más alta se observó en 2022 (46,38) y la más baja en 2023 (41.58). Los hombres presentaron mayor mortalidad (45.35) que las mujeres (43.24), ambos con picos en 2022 con 47.33 y 45.49, respectivamente (Gráfico 1). Por grupo etario, se observó una mayor mortalidad a mayor rango etario. Así, el grupo ≥80 años presentó la mayor tasa de mortalidad de 708.28 casos por 100.000 habitantes, seguido por 65-79 años con un 131.35, luego el grupo 45-64 con 25.25. Por región, se evidencia una mayor tasa de mortalidad en Ñuble con 65.67 casos por 100.000 habitantes, luego Valparaíso con una tasa de 57.35, seguida por la Araucanía con 56.85.

Discusión y conclusiones: Los hombres presentaron las tasas más altas de ECV, lo cual está relacionado con el mayor riesgo cardiovascular que presentan según las tablas de Framingham de estratificación. Por otro lado, las tasas más altas de mortalidad en la población de mayor edad coinciden con el envejecimiento de la población, y mayor carga de morbilidad asociado a cambios fisiológicos. Relativo a la distribución geográfica, destaca la gran diferencia entre regiones, con tasas que varían hasta en 34.51 casos por 100.000 habitantes, como es el caso de Ñuble comparado con Antofagasta. Dichas diferencias podrían ser resultado de disparidades en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), accesibilidad, factores socioeconómicos, entre otras. En el caso de Ñuble, por ejemplo, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional indica que tiene la incidencia de pobreza más alta por región, con un 12.1%. Conclusión: El estudio evidenció una alta mortalidad por ECV en Chile (2020-2024), con tasas mayores en

hombres, adultos ≥80 años y regiones como Ñuble. Las disparidades regionales reflejan inequidades socioeconómicas y en acceso a salud. La prevención primaria, enfocada en grupos de riesgo y el manejo de los FRCV, es esencial para reducir la carga de ECV, alineada con estrategias que aborden determinantes sociales y el envejecimiento poblacional.

Palabras clave: Epidemiología, Enfermedad cerebrovascular, Mortalidad

ANEMIA MACROCÍTICA CON PANCITOPENIA SECUNDARIA A DÉFICIT DE VITAMINA B12: REPORTE DE CASO

Autores: Hidalgo Marisio Wladimir Franco (1); Llancaqueo Albornoz Pedro (1), Orellana Barra Joaquín (2)
Afiliaciones: (1) Médico en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Lirquén, Penco. (2) Médico en Etapa de Destinación y Formación, CECOSF Los Forjadores de Chile, Penco.

Introducción: La anemia macrocítica en adultos mayores constituye un desafío diagnóstico habitual en atención primaria. Puede deberse a causas reversibles, como déficit de vitamina B12 o folato, o a patologías hematológicas graves, como síndromes mielodisplásicos. Su presentación clínica es variable y el diagnóstico oportuno permite prevenir complicaciones hematológicas y neurológicas. Se presenta el caso de una paciente adulta mayor con anemia macrocítica y pancitopenia, manejada en un CESFAM, con recuperación completa tras suplementación con vitamina B12.

Presentación del caso: Mujer de 76 años, hipertensa, dislipidémica y con prediabetes, en tratamiento con losartán, amlodipino, metformina y atorvastatina. Sin antecedentes gastrointestinales ni autoinmunes. Consultó en noviembre de 2024 en control cardiovascular, destacando baja ponderal involuntaria de 9 kg en un año y deposiciones oscuras ocasionales, negando melena franca. Hemograma evidenció anemia macrocítica (Hb 11,3 g/dL, VCM 115 fL), pero no se completó estudio. En febrero de 2025 fue derivada desde urgencias por fatiga y debilidad distal. Al examen físico: palidez mucocutánea y reflejos rotulianos disminuidos a izquierda. Exámenes mostraron pancitopenia (Hb 8,4 g/dL, VCM 121 fL, leucocitos 3,9 $x10^9$/L, plaquetas 149 $x10^9$/L) y vitamina B12 baja (297 pg/mL); ferritina, TSH y perfil hepático normales y test de sangre oculta en deposiciones negativo. Se suspendió metformina y se inició complejo B intramuscular (B1 100 mg, B6 100 mg, B12 10 000 µg) con esquema intensivo. Se entregaron indicaciones dietarias. Consentimiento informado obtenido. En controles posteriores (marzo y mayo 2025) se observó normalización del VCM y de las series blanca y plaquetaria, con resolución completa de síntomas. Se indicó control con hemograma y cinética del fierro para descartar etiología mixta, pendiente a la fecha.

Discusión y conclusiones: La anemia por déficit de vitamina B12 es una causa frecuente y reversible de anemia macrocítica en adultos mayores. Puede cursar con pancitopenia y síntomas neurológicos leves, simulando patologías hematológicas complejas. La rápida respuesta clínica y hematológica permitió establecer un diagnóstico funcional con recursos básicos. Este caso resalta el valor de la sospecha clínica y tratamiento oportuno en APS.

Palabras clave: Anemia macrocítica, Pancitopenia, Vitamina B12.

ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL ROTO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Castillo Jofré Nicole (1); Villavicencio Donoso Diego (2), Maldonado Morales María Fernanda (3).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM N°1 Puerto Varas, Puerto Varas. (2) Médico General de Zona, Hospital de Fresia, Fresia. (3) Médico General de Zona, CESFAM N°1 Puerto Varas, Puerto Varas.

Introducción: El aneurisma de aorta abdominal (AAA) alcanza una prevalencia del 8% en varones mayores de 65 años. La rotura de un AAA, aunque no forma parte de los síndromes aórticos agudos, es una urgencia quirúrgica y posee un 80% de mortalidad. La triada clásica de presentación consiste en hipotensión, dolor abdominal o lumbar y masa abdominal pulsátil, pero solo está presente en un 25 - 50% de los casos. Usualmente cursa con un cuadro clínico menos específico, por lo que ante la presencia de un síncope, hipotensión transitoria o pérdida de conciencia, debemos tener un bajo umbral de sospecha de esta complicación. El objetivo del reporte de este caso es mostrar una presentación poco frecuente de esta patología.

Presentación del caso: Masculino de 67 años con antecedente de hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, e isquemia crítica de extremidades inferiores. Presentó dolor lumbar bilateral de inicio súbito en reposo irradiado a ambos flancos e hipogastrio, asociado a reacción adrenérgica, pérdida de conciencia, y del tono muscular con relajación de esfínteres, y recuperación ad integrum. Acudió al servicio de urgencias. Al examen físico de ingreso destacaba hipertensión arterial (145/124) y abdomen doloroso con blumberg esbozado. Pulsos femorales simétricos. Laboratorio general y electrocardiograma sin hallazgos anormales. Durante su evaluación presentó un episodio de hipotensión autolimitada. Ante la sospecha de un AAA complicado se interrogó de manera dirigida rescatando dudoso antecedente de este, por lo que se derivó a cirugía por sospecha de rotura de AAA. La angiotomografía computarizada mostró un AAA infrarrenal trombosado con un hematoma retroperitoneal. Se decidió un abordaje quirúrgico, aceptado bajo consentimiento informado por el paciente con clampaje infrarrenal e instalación de prótesis. Presentó buena evolución postoperatoria.

Discusión y conclusiones: La rotura de AAA no es de los diagnósticos más frecuentes en el servicio de urgencias, sin embargo, los médicos debemos tenerlo en mente siempre ante la presencia de dolor lumbar o abdominal, hipotensión transitoria y/o perdida de conciencia, en adultos mayores con factores de riesgo cardiovasculares debido a alta prevalencia de estos pacientes, y la alta mortalidad sin un manejo precoz que conlleva esta complicación.

Palabras clave: Aneurisma de la aorta abdominal, Dolor abdominal, Síncope.

ANEURISMA MICÓTICO EN PACIENTE SIN FACTORES DE RIESGO: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL:

Autores: Araya Vásquez Tatiana (1); Mosso Campos Florencia (1), Thiers Shibar Florencia (1), López Díaz Bastián (2)
Afiliaciones: (1) Médico general de zona, Hospital Dr Abel Fuentealba Lagos, San Javier, Región del Maule. (2) Interno de medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Región del Maule

Introducción: El aneurisma micótico es una entidad infrecuente pero potencialmente letal, que corresponde a la infección de la pared arterial con formación o degeneración aneurismática secundaria [1]. Representa menos del 3% de los aneurismas aórticos y su diagnóstico suele ser complejo debido a la inespecificidad de los síntomas iniciales, los cuales pueden simular patologías abdominales comunes como colecistitis o pancreatitis. Entre los factores predisponentes descritos se incluyen bacteriemias, procedimientos invasivos, endocarditis, inmunosupresión y ateromatosis avanzada. No obstante, también puede presentarse en individuos sin comorbilidades conocidas [2] El caso descrito ilustra la relevancia del juicio clínico y del uso oportuno de imágenes ante un cuadro abdominal persistente con reactantes inflamatorios elevados en un paciente previamente sano, cuyo diagnóstico final fue un aneurisma micótico de aorta abdominal infrarrenal.

Presentación del caso: Se trata de un paciente masculino de 52 años, sin antecedentes mórbidos, que consultó en un hospital de mediana complejidad por un cuadro de cinco días de dolor en mesogastrio irradiado a dorso, asociado a náuseas. No presentó otros síntomas. Había consultado previamente en tres ocasiones, egresando por mejoría con manejo sintomático. Al ingreso se encontraba subfebril, con signos vitales en rango. El examen físico evidenció signo de Murphy positivo, sin otros hallazgos. En los exámenes destacó leucocitosis de 15.800/µL con 72% de segmentados y PCR de 166 mg/L. Ante la discordancia entre la clínica y los marcadores inflamatorios, se derivó a un hospital de mayor complejidad. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis reveló un aneurisma micótico infrarrenal. Se realizó cirugía de urgencia con bypass aorto-biilíaco, evolucionando favorablemente, con indicación de antibioticoterapia permanente.

Discusión y conclusiones: El caso pone de manifiesto la importancia de considerar causas vasculares poco frecuentes en cuadros de dolor abdominal persistente con inflamación sistémica desproporcionada. La tomografía computarizada con contraste constituye el examen de elección para confirmar el diagnóstico y orientar la conducta quirúrgica. El tratamiento quirúrgico precoz, asociado a antibioticoterapia prolongada, es fundamental para reducir la elevada mortalidad de esta patología. Este caso destaca la necesidad de mantener un alto índice de sospecha, incluso en pacientes sin factores de riesgo aparentes.sin factores de riesgo aparentes [3]

Palabras clave: Aneurisma micótico – Dolor abdominal – Diagnóstico diferencial

ANGIOMIOLIPOMAS RENALES COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HEMATURIA MICROSCÓPICA PERSISTENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA, A PROPÓSITO DE DOS CASOS:

Autores: Valdés Castro, Cristóbal (1); Valdés Castro, Benjamín (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Clara Estrella, Lo Espejo, Santiago. (2) Médico General de Zona, CESFAM La Bandera, San Ramón, Santiago

Introducción: Los angiomiolipomas renales son tumores poco frecuentes que representan sólo entre el 0.3% y el 3% de todas las neoplasias renales. Su prevalencia general oscila entre el 0.13 y el 2.2%, y el 80% de los casos son esporádicos. Se presentan más frecuentemente en mujeres, posiblemente debido al efecto estrogénico. Si bien la mayoría de estos tumores se descubren incidentalmente durante estudios de imagen, también pueden presentarse síntomas como dolor abdominal, hematuria o hemorragia retroperitoneal. Algunas de sus complicaciones son la invasión de los ganglios linfáticos, la diseminación vascular a través de la vena cava inferior y, más excepcional aún, el desarrollo de embolia grasa.

Presentación del caso: Paciente femenina de 68 años, antecedente de diabetes, hipertensión y tabaquismo. Durante control de exámenes se presenta hematuria microscópica hasta 10-25 por campo, sin otras alteraciones en exámenes. Se solicita repetir en 3 meses, donde persiste con cuadro de hematuria de similares características. Al interrogatorio dirigido se evidencia leve dolor ocasional en flanco derecho, sin otros síntomas. Se solicita ecografía renal que informa Lesión cortical renal izquierda redondeada, hiperecogénica, sin flujo vascular al studio doppler color que mide 7 mm. Tomografía computarizada (TC) de control confirma angiomiolipoma. Paciente femenina de 62 años, antecedente de hipertensión, presenta hematuria regular hasta 5-10 por campo durante controles cardiovasculares separados por 3 meses. Al solicitor ecografía se informa en riñón izquierdo imagen ecogénica cortical nodular bien definida y avascular de 7.9x6.3x7.5 mm. Al solicitar TC de control se confirma angiomiolipoma.

Discusiones y conclusiones: Los angiomiolipomas renales espontáneos representan una condición benigna poco frecuente y no se encuentran libres de morbimortalidad. En este caso, se presenta como hematuria persistente, frecuentemente asociado a patologías neoplásicas malignas. Los casos expuestos refuerzan la importancia del estudio por imágenes en casos de hematuria, sobre todo en contexto de atención primaria, donde se cuenta con recursos limitados, permitiendo el seguimiento de esta patología en el nivel primario y evitando la derivación a especialidad, generando así menos congestión en listas de espera. Es importante para el médico general conocer y entender la existencia de entidades menos frecuentes para saber cómo enfrentarlas.

Palabras clave: HEMATURIA, NEOPLASIAS, ULTRASONOGRAFÍA

AORTITIS INFRARENAL EN PACIENTE CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EXTENSA: HALLAZGO INCIDENTAL EN CONTEXTO DE ELEVACIÓN DE MARCADORES INFLAMATORIOS

Autores: Contreras Brandt Francisco (1); Meza Chevecich Claudia (1), Rojas Cayo Luis (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Pitrufquén, Pitrufquén

Introducción: La aortitis es una entidad infrecuente que implica inflamación de la pared aórtica, con causas que incluyen vasculitis, infecciones y neoplasias. Suele ser un hallazgo incidental, por lo que requiere un alto índice de sospecha clínica, especialmente en contextos de reactantes inflamatorios elevados sin foco claro. Se presenta el caso de un paciente con trombosis venosa profunda extensa en quien se identificó incidentalmente una aortitis no infecciosa, destacando la importancia de considerar causas inflamatorias sistémicas en este contexto.

Presentación del caso: Paciente masculino de 71 años, con antecedentes de múltiples comorbilidades crónicas compensadas, consulta por aumento de volumen y dolor progresivo en extremidad inferior izquierda de tres días de evolución. Al examen físico destaca edema desde muslo hasta pie con signos clínicos de trombosis venosa profunda (TVP). Se realizó ecografía doppler que evidencia trombosis venosa extensa desde la vena ilíaca común izquierda. En contexto de elevación de parámetros inflamatorios sin foco infeccioso ni neoplásico evidente, se solicitó Tomografia computarizada de Torax, Abdomen y pelvis con contraste que revela engrosamiento parietal de la aorta infrarrenal con densificación de la grasa periaórtica, hallazgo compatible con aortitis no infecciosa, además de adenopatías retroperitoneales e inguinales. Se inició anticoagulación con enoxaparina y transición a acenocumarol con buen control clínico. Se solicitó estudio inmunológico por sospecha de vasculitis de grandes vasos, aún en proceso. El paciente evolucionó favorablemente y se otorgó alta con seguimiento por Medicina Interna ambulatoria.

Discusión y conclusiones: Este caso ilustra un hallazgo incidental de aortitis en el estudio de una TVP extensa, en un paciente sin síntomas sistémicos aparentes ni antecedentes sugestivos. La asociación con elevación de reactantes sin foco infeccioso debe alertar al clínico sobre causas inflamatorias subyacentes, especialmente vasculitis de grandes vasos. El diagnóstico precoz es clave para orientar el estudio inmunológico y evitar complicaciones como aneurismas o disección aórtica.

Palabras clave: Aortitis, Trombosis Venosa Profunda, Vasculitis

APENDICITIS AGUDA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN URGENCIA RURAL

Autores: Andrade Muñoz, Isidora (1); Ortiz Cartes, María Ignacia (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Dr Carlos Echeverría Vejar, San Rosendo. (2) Médico General de Zona, CESFAM Los Sauces, Los Sauces (3) Médico General de Zona, Hospital de Laja, Laja

Introducción: La apendicitis aguda continúa siendo la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico. Su diagnóstico puede verse dificultado por presentaciones clínicas atípicas, lo que retrasa la resolución quirúrgica y aumenta el riesgo de complicaciones como perforación o peritonitis. Este caso ilustra una evolución inusual en un paciente joven inicialmente con síntomas urinarios y hallazgos inespecíficos, que finalmente se diagnosticó como apendicitis perforada complicada con falla renal aguda.

Presentación del caso: Paciente masculino de 36 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, con tabaquismo activo y obesidad. Consultó en el CESFAM rural de San Rosendo por dolor abdominal de dos días de evolución, inicialmente periumbilical tipo cólico, que luego migró a hipogastrio y se asoció a polaquiuria, tenesmo vesical, esfuerzo miccional y oligoanuria de ocho horas. Se encontraba afebril, hemodinámicamente estable, con resistencia en hemiabdomen inferior y sin globo vesical. Se realizó sondaje urinario con salida de 200 cc de orina clara y alivio parcial de síntomas. Debido a persistencia del dolor fue derivado al Hospital Familiar Comunitario de Laja, donde se evidenciaron parámetros inflamatorios elevados (leucocitos 16.490/µL, proteína C reactiva 48 mg/L) y examen de orina normal. Ante la duda diagnóstica fue derivado al Hospital de Curanilahue (CAVRR), donde la tomografía axial computarizada abdominopélvica informó signos de apendicitis aguda perforada con compromiso inflamatorio de asas adyacentes. Nuevos exámenes mostraron leucocitosis (16.300/µL), proteína C reactiva 123 mg/L y creatinina 2,21 mg/dL, compatible con falla renal aguda prerrenal. Se realizó apendicectomía videolaparoscópica, evidenciándose apéndice necrótico y perforado con peritonitis purulenta en cuatro cuadrantes. Evolucionó favorablemente y fue dado de alta al quinto día postoperatorio.

Discusión y conclusiones: La apendicitis perforada puede manifestarse con síntomas urinarios simulando patología del tracto urinario bajo, especialmente cuando el proceso inflamatorio compromete estructuras pélvicas. Este caso resalta la importancia de considerar apendicitis en el diagnóstico diferencial de dolor hipogástrico con disuria u oligoanuria, incluso en ausencia de fiebre o signos clásicos. La evaluación secuencial, el uso oportuno de imágenes y la derivación precoz a centros de mayor complejidad son claves para reducir complicaciones y secuelas asociadas.

Palabras clave: APENDICITIS, PERITONITIS, ATENCIÓN PRIMARIA RURAL

APENDICITIS DEL MUÑÓN APENDICULAR EN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE APENDICECTOMÍA. MANEJO Y DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS

Autores: Pérez Rade Sergio (1).; Pino Luengo Rodrigo (1), Pérez Benítez Kevin (1)
Afiliaciones: (1) Medico General de Zona, Hospital San José de Parral, Parral.

Introducción: La apendicitis aguda es una de las urgencias quirúrgicas más comunes, y la apendicectomía es un procedimiento frecuente. Sin embargo, pueden surgir complicaciones en pacientes con apendicectomía previa, como la apendicitis del muñón apendicular, que plantea retos diagnósticos y terapéuticos.

Presentación del caso: Se presentó un paciente con antecedentes de crisis de pánico y apendicectomía por videolaparoscopia un año antes, que ingresó por un cuadro de un día de evolución de dolor en hemiabdomen derecho, irradiado a la región lumbar ipsilateral, tipo cólico, con una escala de dolor de 9/10. El examen físico reveló un abdomen blando, pero doloroso a la palpación en el cuadrante inferior derecho, con signo de Blumberg y Rovsing positivos. Los análisis de laboratorio mostraron un aumento de glóbulos blancos (18,700) con predominio de segmentados (88%), y la proteína C-reactiva, pruebas hepáticas y orina completa se mantuvieron normales. La tomografía computarizada abdominal y pélvica con contraste indicó un proceso inflamatorio pericecal, sugiriendo apendicitis aguda del muñón. El paciente fue llevado a cirugía mediante laparotomía a través de la incisión de McBurney, donde se encontró un absceso periapendicular de 5cc con pus fétido, clips metálicos y paredes engrosadas en el muñón apendicular, sin perforaciones macroscópicas. Se realizó cecorrafía y se colocó un drenaje tubular en la zona del absceso. Posteriormente, recibió tratamiento antibiótico durante 5 días y evolucionó favorablemente, con normalización de parámetros inflamatorios y alta a los 5 días. Previo al alta médica se obtuvo consentimiento informado para la publicación de este caso clínico, resguardando la confidencialidad del paciente.

Discusión y conclusiones: Este caso destaca la necesidad de considerar la apendicitis del muñón apendicular en pacientes con antecedentes de apendicectomía. La evaluación cuidadosa de síntomas y signos clínicos al examen físico es crucial para un diagnóstico y manejo quirúrgico oportuno, evitando así complicaciones. Se sugiere aumentar la conciencia clínica e incluir esta entidad en el diagnostico diferencial de dolor abdominal en pacientes apendicectomizados para una identificación temprana de esta patología.

Palabras clave: Apendicectomía, Apendicitis, Laparotomía, Tomografía.

APLICACIÓN DE ESCALA VALIDADA PARA OPTIMIZAR EL MANEJO FARMACOLÓGICO EN UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN ATENCIÓN COMUNITARIA.

Autores: Uribe Roncallo Edgardo (1)
Afiliaciones: (1) Médico General, COSAM Reloncaví, Puerto Montt, Chile.

Introducción: El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una enfermedad psiquiátrica crónica caracterizada por obsesiones y compulsiones que generan un importante deterioro funcional. Aunque existen tratamientos eficaces, suele estar subdiagnosticada o confundida con otros diagnósticos. La utilización de instrumentos estandarizados como la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS) permite objetivar la intensidad sintomática y orientar decisiones clínicas. Se presenta un caso atendido en un Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM), en el cual la aplicación de esta escala permitió ajustar el manejo farmacológico y evaluar la evolución del cuadro.

Presentación del caso: Mujer de 38 años, con síntomas obsesivo-compulsivos desde la infancia, consistentes en conductas ritualizadas y movimientos repetitivos destinados a evitar pensamientos catastróficos. A los 13 años fue evaluada por tics y, posteriormente, en 2006 se diagnosticó TOC, iniciándose tratamiento con clomipramina y risperidona. En 2013 ingresó a COSAM tras agravamiento de síntomas, recibiendo sertralina, risperidona, quetiapina y clonazepam. En 2014 se sustituyó risperidona por haloperidol, manteniendo sertralina 200 mg/día y haloperidol 2 mg/noche, sin nuevos ajustes por más de una década. El 10 de enero de 2025 se aplicó la escala Y-BOCS, con 32 puntos (muy severo), lo que motivó cambiar sertralina por fluoxetina, de acuerdo con la evidencia disponible. En controles sucesivos se observó mejoría significativa: 18 puntos (moderado) en marzo y 15 (leve) en junio de 2025. La paciente otorgó consentimiento informado para el uso académico del caso.

Discusión y conclusiones: El caso evidencia cómo la incorporación de herramientas validadas como la Y-BOCS permite visibilizar la magnitud del cuadro clínico, guiar decisiones terapéuticas y mejorar la respuesta al tratamiento. La cuantificación objetiva de síntomas facilitó un cambio racional del esquema farmacológico, con mejoría clínicamente significativa en menos de seis meses. Este ejemplo destaca la importancia del seguimiento estructurado y del uso sistemático de escalas clínicas en el manejo del TOC en atención comunitaria, evitando tratamientos prolongados sin reevaluación y contribuyendo a una atención más personalizada y efectiva.

Palabras clave: Antidepresivos, Atención Comunitaria, Escalas de Valoración Psiquiátrica, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Y-BOCS

APOPLEJÍA HIPOFISIARIA SECUNDARIA A MACROADENOMA HIPOFISIARIO: REPORTE DE CASO

Autores: Malfanti Vera Renzo (1); Bocaz Roldán Camila (1) Brito Canales Mylittzen (2)
Afiliaciones: (1) Médico en Etapa de Destinación y Formación, Hospital Juana Ross de Edwards de Peñablanca, Villa Alemana. (2) Médico en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Artificio, La Calera.

Introducción: La apoplejía hipofisaria es una urgencia neuroendocrina poco frecuente, caracterizada por hemorragia o infarto de la glándula hipófisis, generalmente sobre un adenoma hipofisario previamente no diagnosticado. Se manifiesta por cefalea súbita, alteraciones visuales, déficits hormonales agudos y signos de compresión selar o supraselar. El reconocimiento oportuno en el contexto de urgencias es crítico para prevenir complicaciones neurológicas y endocrinas graves. El objetivo de este reporte es presentar un caso de apoplejía hipofisaria en macroadenoma hipofisario, enfatizando el razonamiento diagnóstico y las decisiones iniciales de manejo.

Presentación del caso: Paciente femenina adulta, con antecedente de migraña, consultó por cefalea hemicraneana intensa de 48 horas de evolución, irradiada a región ocular, acompañada de diplopía. Al examen neurológico se observó ptosis palpebral izquierda, pupila midriática e hiporrefléctica, oculomotricidad alterada del ojo izquierdo y leve dismetría ipsilateral. La tomografía computarizada de encéfalo mostró un proceso expansivo selar-supraselar lateralizado a izquierda de 18 mm compatible con macroadenoma hipofisario. La angiotomografía de arterias intracraneales evidenció desplazamiento lateral del segmento cavernoso de la arteria carótida interna izquierda. Ante la sospecha de apoplejía hipofisaria, se solicitó resonancia magnética con contraste enfocada en silla turca y perfil hormonal completo. El manejo inicial incluyó evaluación neuroquirúrgica y neurológica, monitorización estricta y planificación de estudios hormonales antes de definir la estrategia terapéutica.

Discusión y conclusiones: La presentación aguda de cefalea intensa con diplopía y signos de compromiso oculomotor sugiere fuertemente apoplejía hipofisaria sobre macroadenoma. La literatura respalda que la cefalea súbita es hallazgo casi constante, la alteración visual indica compresión del seno cavernoso y la afectación hormonal representa riesgo vital. La resonancia magnética es el estudio de elección, mientras que la tomografía puede sugerir la lesión de base. Tanto la intervención quirúrgica temprana como el manejo conservador con soporte hormonal son opciones, según la magnitud de la compresión y el déficit visual. Este caso enfatiza la importancia del reconocimiento rápido y la coordinación multidisciplinaria en urgencias para mejorar resultados.

Palabras clave: Apoplejía Hipofisaria, Cefalea Aguda, Diplopía, Tumores Hipofisarios

ARTRITIS SÉPTICA DE CADERA EN PACIENTE JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Melo Hernández Josefa (1); Elicer Reyes Pablo (2), Astudillo Marchant Rocío (1), Cortés León Rodrigo (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona Hospital de Coinco, Coinco. (2) Médico Cirujano, Hospital de Coinco, Coinco

Introducción: La artritis séptica es una infección articular grave que puede causar daño permanente si no se trata oportunamente. La artritis séptica de cadera es una condición particularmente crítica debido a la alta morbimortalidad asociadas. El objetivo de este caso clínico es considerar la artritis séptica en casos de coxalgia persistente aún si no hay factores de riesgos asociados, además de análisis de la importancia del diagnóstico y tratamiento tempranos para prevenir complicaciones.

Presentación del caso: Femenina de 50 años con antecedentes de hipertensión arterial sin otros asociados, consultó en reiteradas ocasiones y en distintos servicios de urgencias, por dolor en pierna derecha siendo hospitalizada bajo diagnóstico de trombosis venosa profunda. Sin embargo, una vez dada de alta la paciente reconsultó porque el dolor en pierna persistía, junto con una mayor coxalgia y gonalgia ipsilateral, lo cual generaba impotencia funcional. Sin fiebre ni otro síntoma asociado. Sin solicitud de estudio radiológico en ninguna consulta. En última atención de urgencias se estudió con ecografía de partes blandas y Angio TAC de extremidades inferiores que descartó trombosis venosa, por lo cual se solicitó resonancia nuclear magnética que informó severa condropatía difusa coxofemoral, con lesiones profundas en acetábulo y cabeza femoral con extenso edema óseo subcondral, osteólisis y derrame articular. La paciente ingresó a pabellón de urgencia donde se realizó aseo quirúrgico de cadera derecha, solicitaron cultivo de líquido purulento, confirmando el diagnóstico de artritis séptica. Por lo anterior, la paciente recibió tratamiento antibiótico endovenoso y tras múltiples aseos quirúrgico se decidió instalación de prótesis de cadera definitiva. La paciente autorizó mediante consentimiento informado, la presentación de su caso clínico.

Discusión y conclusiones: La artritis séptica de cadera requiere diagnóstico y tratamiento oportunos. La paciente presentó coxalgia persistente mal diagnosticada inicialmente. La radiografía de pelvis inicial podría haber evitado retrasos. La resonancia nuclear magnética y artroscopía confirmaron el diagnóstico y permitieron tratamiento. El tratamiento antibiótico y prótesis de cadera fueron cruciales. Un diagnóstico y tratamiento tempranos son fundamentales para prevenir complicaciones y mejorar el pronóstico.

Palabras clave: Artritis séptica, Condropatía, Coxalgia

ATAXIA PROGRESIVA Y DISFUNCION AUTONOMICA: DESAFIO DIAGNOSTICO EN AUSENCIA DE BIOMARCADORES VALIDADOS.

Autores: Salas Verdugo María Tatiana (1); Lorenzoni Méndez Eduardo Jesús (2), Letelier Lazo Claudia Carolina (2), Medina Becerra Pablo Andrés (2)
Afiliaciones: (1) Medica Cirujana General de Zona, CESFAM Urbano de Illapel, Illapel (2) Médico Cirujano General de Zona, Hospital de Salamanca, Salamanca.

Introducción: La atrofia multisistémica (AMS) es una a-sinucleinopatia esporádica que combina disautonomía, parkinsonismo y/o síndrome cerebeloso. La aplicación rigurosa de los criterios diagnósticos actualizados por la Movement Disorder Society (MDS, 2022) permite delimitar casos clínicos complejos y fortalecer la diferenciación con otras entidades neurodegenerativas, siendo especialmente útil en centros con recursos de imagen limitados.

Presentación del caso: Paciente femenina de 62 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial e infarto cerebral isquémico en 2023 con dependencia funcional severa. Desde hace seis meses presentaba vejiga neurogénica diagnosticada mediante estudio urológico, con necesidad de cateterización permanente. Consultó por una semana de disartria escándida y desorientación. Al examen neurológico presento disartria, dismetría, nistagmo horizontal, hemiparesia izquierda y reflejos plantar extensores bilaterales. Tomografía computarizada sin contraste reveló atrofia vermiana superior y reducción del volumen pontino por perdida de fibras transverso.pontinas. No se contó con resonancia magnética. Durante el ingreso presentó fluctuaciones del nivel de conciencia atribuibles a infecciones urinarias intercurrentes.

Discusión y conclusiones: La combinación de síndrome cerebeloso progresivo y disfunción autonómica urinaria efectuó el diagnostico de AMS-C clínicamente probable según criterios MDS 2022. Aunque la atrofia pontocerebelosa observada en la TC es congruente con el cuadro, la tomografía no constituye un biomarcador validado para el diagnóstico definitivo, reservándose ese rol a la resonancia magnética. Este caso ilustra que, el diagnóstico de AMS continúa siendo eminentemente clínico, apoyado en una adecuada exclusión de causas secundarias y en una observación evolutiva. La disponibilidad limitada de biomarcadores confirma la necesidad de fortalecer el juicio del médico general en patologías neurodegenerativas

Palabras clave: Ataxia cerebelosa, Atrofia multisistémica, Trastornos autonómicos

ATRESIA BILIAR, REPORTE DE UN CASO, CUANDO LA DETECCIÓN PRECOZ ES ESENCIAL:

Autores: Valenzuela Medina Tirza (1); Sanhueza Delgado Marilyn (2), Ibañez Jelvez Michelle (2)
Afiliaciones: (1) Pediatra, Universidad De La Frontera, Temuco (2) Medico general de zona, Cesfam Victoria, Victoria

Presentación del caso: Lactante 2 meses de edad, es derivado a urgencia por ictericia generalizada y hepatomegalia, dirigidamente madre refiere acolia y coluria, se realiza estudio hepático, destacando patrón colestásico (bilirrubina total/directa) 6,52/5,28 mg/dl y elevación de transaminasas (GOT:217/GPT:132/GGT:661/Fosfatasas alcalinas 1610), coagulación con INR 4,1 sugerente de falla hepática y TTPa alterado (62,9seg), ecografía abdominal con ausencia de vesícula biliar; además se realiza estudio etiológico de descarte (citomegalovirus, herpes simple I-II, Epstein-Barr) alfa-1-antitripsina, todos negativos. Se inicia manejo con ácido-ursoodeoxicólico y por cuadro altamente sugerente de AB, se ingresa a pabellón; Con estudio confirmatorio, se realiza derivación biliodigestiva (cirugía de Kasai (CdK). En postoperatorio evoluciona favorablemente, a la fecha se mantiene en seguimiento por gastroenterología y con 1 año 8 meses, presenta daño hepático crónico (DHC).

Discusión y conclusiones: La AB es una patología con una gran morbilidad asociada cuyo manejo oportuno tiene gran impacto en el pronóstico. En este caso, destacar que al diagnóstico presentaba características clínicas, ecográficas y de laboratorio compatibles con AB, la evolución actual de DHC como complicación, probablemente esté en contexto de la no realización de CdK antes del mes de vida que es cuando se reporta mejor pronóstico a largo plazo. La acolia e hipocolia son signos de aparición temprana en la enfermedad y la evidencia indica que no todos los casos serán detectados a tiempo a pesar de que el tamizaje funcione adecuadamente, por esto es relevante instruir a los padres previo al alta y en cada control en la cartillas de deposiciones, principalmente porque el rango temporal en que pueden iniciar las manifestaciones es amplio.

Palabras clave: Atresia biliar, Ictericia obstructiva, insuficiencia hepática

ATRESIA ESOFÁGICA Y DUODENAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO (:)

Autores: Abalo Zárate María Isidora (1); Aravena Vásquez Joaquín Eugenio (2)
Afiliaciones: (1) Médico(a) General de Zona, Hospital San Juan de Dios de Combarbalá, Combarbalá (2) Médico(a) General de Zona, DESAM Combarbalá, Combarbalá

Introducción: La Atresia Esofágica (AE), es una malformación congénita que consiste en la interrupción de la continuidad del esófago que puede o no tener fístula traqueoesofágica. Respecto a la Atresia Duodenal (AD) corresponde a una obliteración total del lumen del duodeno. Ambas son malformaciones poco frecuentes que pueden estar relacionadas a otro tipo de malformaciones congénitas. Su resolución es quirúrgica. A continuación, se presenta un caso que destaca la importancia de reconocer de manera temprana la atresia esofágica y realizar un estudio para descartar otras malformaciones asociadas.

Presentación del caso: Recién nacido de término, con embarazo controlado. En ecografía de las 37 semanas presentó polihidroamnios severo, además de no lograr visualizar la cámara gástrica por lo que se sospechó AE y se realizó cesárea de urgencia. Tras el parto, evolucionó con síndrome de distrés respiratorio e ingresó a UCI. La radiografía de tórax inicial confirmó una AE alta con fístula distal y long-gap Se solicitaron estudios para descartar malformaciones asociadas, destacando una radiografía de tórax control que evidenció distensión gástrica sin progresión distal, consolidando así la sospecha de AD sobreagregada. Por consiguiente, se determinó la resolución quirúrgica de ambas atresias. Se realiza anastomosis duodeno-yeyunal y en un segundo tiempo aproximación de cabos esofágicos sin lograr anastomosis. 7 días después se realiza nueva aproximación de cabos esofágicos, sin embargo evolucionó con dehiscencia de sutura de cabo distal con posterior mediastinitis y neumomediastino. Finalmente 14 días después de la primera intervención se logran ligar ambos cabos y se realiza instalación de sonda de Gastrostomía Actualmente con estudio de malformaciones negativo y cariograma pendiente. Representante del paciente firmó su consentimiento para exponer su caso de manera anónima

Discusión y conclusiones: Las malformaciones congénitas no son frecuentes de ver pero al encontrarlas se deben buscar otras asociaciones malformativas, para hacer un manejo oportuno y correcto.

Palabras clave: Atresia esofágica, Cirugía, Malformación Congénita.

BRADICARDIA MATERNA COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA EN PREECLAMPSIA SEVERA POSTPARTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Mosso Campos Florencia (1); Wenz Kassis María José (2), Gutierrez Riesco María Del Pilar (3), Caballero Ruiz María Luisa (4)

Afiliaciones: (1) Médico general de zona, Hospital Dr Abel Fuentealba Lagos, San Javier, Región del Maule. (2) Médico general de zona, CESFAM Dr Alfredo Gantz Mann, La Unión, Región de Los Ríos. (3) Médico general de zona, CESFAM Enfermera Sofía Pincheira, Cerrillos, Región Metropolitana (4) Interno de Medicina, Universidad de Talca, Región del Maule.

Introducción: Los trastornos hipertensivos del embarazo corresponden a la segunda causa de muerte materna en Chile, afectando aproximadamente al 5% de los embarazos. La mayoría de los casos se presentan durante el embarazo, sin embargo, la preeclampsia post parto puede aparecer desde las 48 horas hasta las 6 semanas después del parto. Su incidencia es variable, desde 0.3% a 27.5%. Es importante conocer los signos y criterios de severidad de esta patología para derivar oportunamente. La bradicardia corresponde a un signo atípico que puede significar una urgencia neurológica subyacente.

Presentación del caso: Paciente femenino de 42 años, G6P2A4, puérpera de 4 días, sin antecedentes de síndrome hipertensivo durante el embarazo, consulta en urgencias de hospital de baja complejidad por cuadro de dolor dorsolumbar y epigástrico de inicio súbito, EVA 10/10, asociado a náuseas. Niega cefalea, tinnitus, fotopsias. Ingresó vigil, hipertensa PA 185/79, bradicardica FC 47, taquipneica, afebril, sin requerimientos de oxígeno. Al examen físico destacaba un abdomen doloroso a la palpación en mesogastrio y útero palpable a nivel de mesogastrio, sin alteraciones al examen neurológico. El laboratorio evidenció anemia moderada con Hb 8.9 mg/dl, leve elevación LDH 289 y de transaminasas GOT 93, GPT 69, GGT 87 con bilirrubinemia normal. Las cifras tensionales mejoraron con analgesia, sin embargo evolucionó con bradicardia persistente. En dicho contexto, se hospitaliza por sospecha de preeclampsia, la cual se confirma posteriormente con el resultado de una proteinuria aislada positiva. Durante la hospitalización, evolucionó con hipertensión sin respuesta a labetalol en dosis creciente, asociado a un aumento del área reflexógena, por lo que se decidió traslado a hospital de base.

Discusión y conclusiones: La bradicardia en la preeclampsia es un hallazgo infrecuente. Existen causas benignas como la respuesta barorreceptora al incremento súbito de la presión arterial o la respuesta al labetalol, y otras severas como el reflejo de Cushing, que se manifiesta en presencia de hipertensión intracraneal. A pesar de una mejoría inicial en los valores de presión arterial, la bradicardia en esta paciente representó un hallazgo clínicamente significativo, que junto al dolor e hipertensión persistente, orientaron a una preeclampsia posparto severa, lo que permitió la derivación oportuna.

Palabras clave: Bradicardia; Periodo Posparto; Preeclampsia.

BRUXISMO SECUNDARIO A USO DE PAROXETINA. A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: GUTIERREZ PARADA, SOFIA (1); PEREIRA HERNANDEZ, OMAR (1) VALLEJOS BURGOS, DIEGO (1)
Afiliaciones: (1) MÉDICO EDF, HOSPITAL DE COLLIPULLI, COLLIPULLI.

Introducción: Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) constituyen el grupo farmacológico más utilizado en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Su acción principal se basa en la inhibición del transportador de serotonina (SERT), lo que provoca un aumento de los niveles extracelulares de serotonina. En general, los ISRS son medicamentos seguros y bien tolerados por la mayoría de los pacientes; sin embargo, no están exentos de efectos adversos. Dentro de los más frecuentes se describen alteraciones gastrointestinales, disfunción sexual y aumento de peso. Asimismo, dentro de los menos conocidos tenemos acatisia, temblores, distonías y bruxismo.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una paciente femenina de 69 años sin antecedentes médicos conocidos, con diagnóstico de distimia de larga data, en manejo con psicoterapia que inicia hace 1 año tratamiento con isrs paroxetina, 6 meses posterior a esto inicia con síntomas de dolor en articulacion temporomandibular asociado a rechinar de dientes, lo cual se intensifica paulatinamente hasta generar alteración en calidad de vida y síntomas de trismus, fue evaluada por odontólogo con diagnóstico de bruxismo, dado inicio agudo se plantea posible asociación a uso de paroxetina, por lo cual se indica su suspensión, los meses posteriores la paciente evoluciona de manera favorable con disminución de sintomatología, se decide cambio permanente a otra familia de medicamento para manejo de distimia.

Discusión y conclusiones: El bruxismo es una actividad parafuncional que consiste en el apriete y rechinamiento dentario, es de etiología multifactorial y está asociado principalmente a stress y a alteraciones del sueño o parasomnias. Se ha planteado la hipótesis de que el mecanismo del bruxismo inducido por ISRS podría implicar una acción serotoninérgica excesiva sobre las neuronas mesocorticales originadas en el área tegmental ventral. Esta acción conduce a un déficit dopaminérgico, que provoca una forma específica de acatisia y movimientos similares a la acatisia en los músculos de la mandíbula, lo que a su vez produce bruxismo. Dado las consecuencias en salud bucal y calidad de vida del paciente, es necesario indagar en las causas que determinan esta patología, y tener en consideración el uso de este tipo de medicamentos como diferencial etiológico.

Palabras clave: BRUXISMO, INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA (ISRS), PAROXETINA.

CALCIFILAXIA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: DISCUSIÓN DE UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE:

Autores: Figueroa Mitelman Francisco Antonio (1); Elgueta Oyanedel Daniela Paola (2)
Afiliaciones: (1) Médico EDF, Hospital de Vicuña, Vicuña, Región de Coquimbo. (2) Médico EDF, CESFAM Pan de Azúcar, Coquimbo, Región de Coquimbo.

Introducción: La calcifilaxia es una patología poco frecuente, de incidencia desconocida, atribuida a la falta de criterios diagnósticos unívocos y al subregistro clínico. Se manifiesta con lesiones cutáneas dolorosas y progresivas que deterioran la calidad de vida y pueden alcanzar tasas de mortalidad cercanas al 76%. Este caso busca visibilizar la enfermedad para favorecer su diagnóstico e intervención oportuna.

Presentación del caso: Paciente femenina de 50 años, con antecedentes de insuficiencia renal crónica de etiología hipertensiva en hemodiálisis (desde 2024 con anuria) y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina. Consultó al servicio de urgencia del Hospital del Salvador por lesiones cutáneas ulceradas dolorosas en extremidades inferiores, de dos años de evolución, que progresaron en número y tamaño, comprometiendo también las extremidades superiores. El examen físico evidenció múltiples lesiones ulceradas de fondo rojizo, dolorosas a la palpación. Fue evaluada por cirugía vascular, que descartó patología de su especialidad. Ante la sospecha de calcifilaxia planteada por el equipo de hemodiálisis, se solicitó biopsia cutánea al equipo de dermatología, la cual confirmó el diagnóstico. El tratamiento se realizó en sala de medicina interna, con curaciones locales, hemodiálisis, tiosulfato de sodio trisemanal y pamidronato. Tras dos meses de terapia, las lesiones disminuyeron en número y tamaño, por lo que se continuó manejo ambulatorio. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: La calcifilaxia se caracteriza por calcificación vascular con oclusión de microvasos en tejido subcutáneo y dermis, generando lesiones isquémicas intensamente dolorosas. Aunque prevalece en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis, no es exclusiva de esta población. El diagnóstico se confirma por biopsia, aunque puede ser clínico en casos típicos. El tratamiento incluye corrección del metabolismo mineral, optimización de diálisis y uso de tiosulfato de sodio intravenoso como fármaco de elección. Se propone considerar la calcifilaxia como diagnóstico diferencial en pacientes con insuficiencia renal crónica que presenten lesiones cutáneas ulceradas, promoviendo una derivación oportuna para mejorar el pronóstico.

Palabras clave: Calcifilaxia, Úlcera cutánea, Insuficiencia renal crónica.

CAPSULITIS ADHESIVA: UNA MIRADA ACTUALIZADA HOSPITALARIA CHILENA

Autores: Figueroa Silva, Daniela (1) Alvarado Rojas, Fernando (2) Palma González, Paz (3); Alvarado Rojas, Fernando (2) Palma González, Paz (3)
Afiliaciones: (1) Médico General, Plus salud, Región de O'Higgins (2) Médico Coordinador Chiloé, Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), Castro, Región de los Lagos. (3) Médico General, CESFAM Arauco, Santiago, Región Metropolitana

Introducción: La Capsulitis Adhesiva del hombro, es una patología común del hombro que se caracteriza por dolor y una restricción progresiva de la movilidad tanto activa como pasiva.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y cuantitativo 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 y tablas con software analítico Excel. No se requirió aprobación por comité de ética.

Resultados: La mayor TEH fue durante el año 2021 con un valor de 1,00/100.000 habitantes. El sexo femenino presentó la mayor TEH del periodo con 0,96/100.000 habitantes. El grupo etario con mayor TEH del periodo se encontró entre 45 a 64 años con un valor de 2,13/100.000 egresos. En relación con el promedio de días de hospitalización, el año 2022 fue el año con mayor promedio siendo de 1,84 días.

Discusión y conclusiones: La disminución de la TEH durante el periodo de estudio se podría asociar a la presencia de mayor equipación permitiendo un diagnóstico y tratamiento precoz. La mayor TEH en el sexo femenino, se podria asociar a factores hormonales o de comorbilidades como el hipotiroidismo. La mayor TEH en el grupo de 45 a 64 años, podría estar relacionado con la presencia de comorbilidades que afectan al desenlace de la capsulitis. El promedio de estadía hospitalario se mantiene estable, esto se relaciona con el manejo conservador y el tratamiento quirúrgico ambulatorio. Se logra concluir que existe la presencia de un grupo de riesgo, es de importancia un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar complicaciones.

Palabras clave: Chile, Hospitalización, Traumatología, Capsulitis adhesiva

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DEMENCIA DURANTE EL AÑO 2024 EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DOCTOR FRANCISCO BORIS SOLER:

Autores: Negrete Jorquera Felipe (1); Tolosa Godoy Matias (2)
Afiliaciones: (1) Médico EDF, CESFAM Dr. Francisco Boris Soler, Melipilla, Región Metropolitana. (2) Médico EDF, CESFAM El Santo Esfuerzo de Todos, Tomé, Región del Bio bio

Introducción: En Chile, la demencia representa un desafío de salud pública, debido al envejecimiento de la población con el subsecuente aumento de casos. Se estima que la prevalencia en mayores de 60 años es de un 7,1%, con un impacto significativo en la calidad de vida de la persona y su entorno familiar, siendo la tercera causa de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) en Chile. El presente estudio se enmarca en el área de salud pública dentro del programa de Salud Mental del Centro de salud Familiar (CESFAM) Dr. Francisco Boris Soler de Melipilla, con el propósito de entregar información que permita orientar estrategias de manejo integral en personas con demencia, debido a la ausencia de estudios locales que caractericen esta población. Objetivos: Caracterizar la población con diagnóstico de demencia bajo control en el programa de Salud Mental durante el 2024.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron los registros clínicos electrónicos del formulario del sistema RAYEN del bajo control de los usuarios con diagnóstico de Demencia pertenecientes al Programa de Salud Mental del CESFAM Boris Soler durante el año 2024. El análisis se realizó con SPSS 18.0 a través de estadística descriptiva mediante cálculo de frecuencias, porcentajes, promedio y desviación estándar; resguardando la confidencialidad de la información, sin uso de datos personales identificatorios.

Resultados: Se obtuvieron datos de 82 usuarios, destacando una edad promedio de 80 años, con edad mínima 49 años y máxima 94 años, con desviación estándar de 8.6 años (ver Anexo 1). De los cuales 69.5% eran mujeres y 30.5% hombres (ver Anexo 2). Respecto a su estadio, el 34.1% presentaron demencia “leve”, 45.1% moderado y 20.7% avanzado (ver Anexo 3).

Discusión y conclusiones: Los resultados reflejan el predominio femenino y tendencia a casos de etapas moderadas. Los datos encontrados son concordantes con la literatura actual en Chile, ya que existe un predominio de mujeres respecto a los hombres con una prevalencia del 7,7% y 5,9% respectivamente a nivel nacional. En relación a la edad, hay una prevalencia de 7,1% en mayores de 60 años, que aumenta exponencialmente con la edad hasta alcanzar el 32,6% en mayores a 85 años, lo cual concuerda con los datos. Destacando en mayor porcentaje los pacientes con grado moderado. Este estudio evidencia la importancia del reconocimiento de las características de la población para fortalecer el rol de la atención primaria en las estrategias preventivas, la detección precoz y el seguimiento continuo de la demencia.

Palabras clave: Demencia, Salud mental, Consultorios médicos

CARACTERIZACIÓN USUARIA DE LA ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR CHAÑARAL ALTO:

Autores: Cortés Valdivia José (1).; Díaz Pizarro María (2), Laurel Morra Christian (3), Sánchez Muñoz Francisca (3).

Afiliaciones: (1) Médico EDF, Centro de Salud Familiar Chañaral Alto, Monte Patria. (2) Médica EDF, Centro de Salud Familiar Puqueldón, Puqueldón. (3) Médico(a) EDF, Centro de Salud Familiar Marcos Macuada, Ovalle.

Introducción: En Chile residen aproximadamente 9.5 millones de adultos con 2 o más afecciones crónicas, de los cuales, aproximadamente 2.5 millones tienen 5 o más, aumentando el riesgo de multimorbilidad en las personas1. Por este motivo nuestro centro se suma la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP) desde el año 2023 para poder mejorar los resultados en salud de nuestra población2, además de avanzar en la integración de los diversos programas de salud existentes en el centro. El Centro de Salud Familiar (CESFAM) Chañaral Alto es un centro rural con una población inscrita de 5030 personas al año 20243. Describir las principales características de los usuarios en controles por la ECICEP, recientemente implementada en Chile, en el CESFAM Chañaral Alto de la comuna de Monte Patria durante el período junio 2023 a junio 2025, en relación con estratificación, distribución por sexo, edad y principales programas de salud a los que pertenecen.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal. La población de estudio corresponde a la totalidad de los usuarios ingresados a la ECICEP del CESFAM Chañaral Alto durante el período junio 2023 - junio 2025, considerándose 156 usuarios, de los cuales se excluyeron 5 usuarios por fallecimiento durante el período del estudio. Por lo anterior no se considera muestra. La recolección de datos se obtuvo del Registro Estadístico Mensual (REM) A05 que incluye las características de ingresos por sexo, edad y estratificación. Se utilizó Excel para la tabulación y manejo de datos, se realizó estadística descriptiva de las variables mencionadas con anterioridad, utilizando especialmente media y distribución de frecuencia de los datos.

Resultados: De los 151 usuarios ingresados la ECICEP del CESFAM Chañaral Alto entre junio de 2023 y junio de 2025, un 68% son mujeres y un 32% son hombres (ANEXO 1), la mayoría de las personas tiene estratificación G3 (92%), el resto de las personas ingresadas corresponde a la estratificación G2 (8%). La edad del grupo va desde los 33 años en adelante, con 94 pacientes mayores de 65 años (62%), la totalidad de los pacientes de la estrategia pertenece al Programa de Salud Cardiovascular, además del total un 50% pertenece al Programa de Salud Mental, un 58% al Programa Artrosis, un 21% al Programa ERA y un 74% padece de otro tipo de enfermedad no incluida en los programas previamente mencionados, entre estos las patologías más prevalentes fueron hipotiroidismo, patologías oncológicas y en tercer lugar patologías reumatológicas (ANEXOS 2 Y 3).

Discusión y conclusiones: El análisis de los usuarios de la ECICEP del CESFAM Chañaral Alto muestra que la mayoría son mujeres (68%) y Riesgo Alto (G3). Principalmente adultos mayores, acorde a las experiencias documentadas a nivel nacional4,5. Además, contamos una gran cantidad

de pacientes que pertenece a múltiples programas, lo que obliga a los equipos a trabajar de forma mancomunada, integrando al usuario y su familia para encontrar nuevas estrategias de atención y manejo con el fin de mejorar la calidad de vida de la comunida.

Palabras clave: Primary Health Care, Comprehensive Healthcare, Demography

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO TRAQUEAL PRIMARIO, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Meza Chevecich Claudia (1); Contreras Brandt Francisco (1), Rojas Cayo Luis (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Pitrufquén, Pitrufquén

Introducción: Los tumores traqueales primarios son poco frecuentes, con una incidencia anual en países del norte de Europa del 0,1 por 100.000 al año. El tipo histológico más común es el carcinoma de células escamosas y en segundo lugar el carcinoma adenoide quístico (CAQ). Su diagnóstico representa un desafío al tener una presentación clínica tardía, cuando ya el tumor obstruye al menos un 50% del diámetro de la vía aérea y han transcurrido en promedio 18 meses desde la emoción de los síntomas.

Presentación del caso: Hombre de 77 años con hipertensión arterial, consulta por 2 semanas de disnea, tos productiva hemoptoica y dolor torácico punzante. Inicialmente manejado como neumonía bacteriana con antibióticos orales, sin respuesta. Ingresa taquipneico, con uso de musculatura de accesoria, roncus difusos y requerimiento de oxígeno por naricera hasta 4 litros. En exámenes destaca alza de parámetros inflamatorios. Angiotomografía de tórax evidencia imágenes de condensación, tromboembolismo subsegmentario y tumor a nivel de tercio medio de tráquea que oblitera más del 50% del lumen. Se hospitaliza para manejo antibiótico de segunda línea, anticoagulación y evaluación por broncopulmonar. Evoluciona de forma tórpida con requerimiento de ventilación mecánica invasiva, realizando intubación vigil por videofibrobroncoscopia. Biopsia informa CAQ traqueal. Posteriormente se realiza resección del tumor mediante broncoscopia rígida, logrando aumentar el lumen traqueal un 30%. Pendiente evaluar posibilidad de resolución quirúrgica con cirugía de tórax.

Discusión y conclusiones: El diagnóstico del CAQ suele ser un desafío, considerando su presentación tardía y su clínica inespecífica, habitualmente con disnea de esfuerzo, sibilancias y con menor frecuencia hemoptisis, teniendo como diagnóstico diferencial patologías benignas como asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neumonía, como el caso descrito. Considerando el riesgo de obstrucción de vía aérea central y el requerimiento de manejo por equipo multidisciplinario, es importante su pesquisa y derivación precoz a centros de mayor complejidad, con capacidad resolutiva y experiencia en manejo de vía aérea difícil con broncoscopia.

Palabras clave: Carcinoma Adenoide Quístico, Tráquea, Broncoscopia

CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉLULAS PEQUEÑAS DE ORIGEN PULMONAR CON METÁSTASIS HEPÁTICAS: REPORTE DE CASO:

Autores: Arrigo Alegría Lucas (1); San Martín Aravena Camila (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de salud familiar Michell Chandía Alarcón, Coihueco, Región de Ñuble.

Introducción: El carcinoma neuroendocrino de células pequeñas (CNECP) constituye aproximadamente el 15% de los cánceres pulmonares y se caracteriza por su agresividad, rápida progresión y tendencia a la diseminación metastásica temprana. Aunque clásicamente asociado al tabaquismo, puede presentarse en pacientes sin factores de riesgo evidentes. La detección inicial a partir de metástasis hepáticas plantea un reto diagnóstico, especialmente cuando los estudios endoscópicos son normales. Este caso ilustra el valor del enfoque multidisciplinario e inmunohistoquímico para establecer el origen primario de una neoplasia metastásica de células pequeñas.

Presentación del caso: Paciente masculino, sin antecedentes mórbidos, no fumador, con adecuada red de apoyo. Consultó en diciembre de 2023 por dispepsia y distensión abdominal. La endoscopía digestiva alta (EDA) y la colonoscopía fueron normales. Sin embargo, los marcadores tumorales se hallaron elevados: antígeno carcinoembrionario (CEA) 239 ng/mL (VN: <5.0), CA 15-3 39.8 U/mL (VN: <32.4) y CA 19-9 80.4 U/mL (VN: <30.9). La tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis mostró múltiples lesiones hepáticas hipovasculares bilobares compatibles con localizaciones secundarias, nódulos pulmonares bilaterales (10 mm en lóbulo superior derecho y 6 mm en lóbulo superior izquierdo) y lesiones blásticas en esqueleto axial. Ante la sospecha de neoplasia metastásica, se efectuó biopsia hepática, que informó carcinoma neuroendocrino metastásico de tipo célula pequeña. La inmunohistoquímica demostró positividad intensa para CD56, INSM1, PanOscar y TTF-1, y negatividad para CK20, CDX2 y HepPar-1, confirmando origen pulmonar. El paciente fue derivado al servicio de oncología para inicio de quimioterapia sistémica y seguimiento por especialidad. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: El CNECP suele diagnosticarse en estadios avanzados, siendo el hígado y el esqueleto los sitios metastásicos más frecuentes. La elevación de marcadores tumorales inespecíficos puede sugerir origen gastrointestinal, como ocurrió en este caso. Por ello, el estudio inmunohistoquímico es esencial para definir el sitio primario y guiar el tratamiento. Este reporte destaca la importancia de incluir al CNECP dentro del diagnóstico diferencial de metástasis hepáticas en pacientes sin antecedentes tabáquicos. El abordaje integral permitió orientar el manejo terapéutico y establecer el diagnóstico definitivo de carcinoma neuroendocrino pulmonar metastásico.

Palabras clave: Carcinoma neuroendocrino, Inmunohistoquímica, Metástasis hepática, Pulmón.

CARÚNCULA URETRAL RECURRENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Carvajal Calderón, Carolina (1); Valdivieso Troncoso, Kathia (2); Letelier Reyes, Mariel (3); Espinoza Silva, Juan Jose (4)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Juan Antonio Ríos, Independencia, Santiago. (2) Médico General de Zona, Hospital de Vilcún, Vilcún, Araucanía. (3) Médico General de Zona, Hospital de Lautaro, Lautaro, Araucanía. (4) Médico General, Cecosam Amanecer, Temuco, Araucanía.

Introducción: La carúncula uretral es una lesión benigna y poco frecuente del meato uretral que afecta principalmente a mujeres postmenopáusicas. Se manifiesta como un nódulo polipoide usualmente asintomático, aunque puede generar dolor, disuria o sangrado, por lo que su reconocimiento resulta relevante. Se presenta el caso de una paciente con carúncula uretral recurrente, destacando la importancia del diagnóstico diferencial y el oportuno reconocimiento en atención primaria de salud.

Presentación del caso: Paciente de 59 años multípara de dos, consulta a los 45 años por cuadro de 2 meses de dismenorrea y sangrado intermitente, sin otros síntomas, detectándose al examen físico una masa de 3 cm en meato urinario. Se confirma diagnóstico por urología, sin indicación quirúrgica decidiendo manejo conservador con estrógenos tópicos. En años posteriores presenta múltiples consultas médicas en atención primaria por persistencia clínica. En 2025 se pesquisó lesión de 2x1 cm protruyente por el meato uretral, con sangrado y dolor, siendo derivada a urología para evaluación quirúrgica por recurrencia del cuadro. Se presenta consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: La carúncula uretral es una eversión de una porción de la uretra distal de etiología relacionada con la deficiencia estrogénica, benigna y predominante en mujeres postmenopáusicas, con baja recurrencia. Suele presentarse como una lesión única, color rojo brillante, friable y sésil o pedunculada, de hasta 1-2 cm, habitualmente asintomática, aunque puede presentar sangrado, disuria, dolor y hasta obstrucción urinaria. El diagnóstico se basa en la clínica y examen físico, debiendo diferenciarse de lesiones malignas, inflamatorias o estructurales, como condiloma, prolapso o leiomioma ante duda diagnóstica. Por su baja prevalencia no existen estudios de calidad que evalúen distintas estrategias de manejo aunque se ha recomendado manejo inicial por médicos no especialistas con estrógeno tópico por 3 meses, reservando el manejo quirúrgico para lesiones grandes o refractarias. En el caso presentado se implementó manejo conservador acorde a la evidencia, con derivación ante recurrencia lo que refleja un abordaje escalonado. El reconocimiento clínico y manejo inicial son estrategias efectivas dentro del rol del médico general en el diagnóstico y manejo de lesiones urológicas benignas, evitando intervenciones innecesarias y garantizando un enfoque racional para cada paciente.

Palabras clave: Carúncula uretral, Lesión uretral femenina, Sangrado uretral

CATÁSTROFE CONTENIDA; "AORTA AGUDA" A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: ARÉVALO PASTEN NICOLÁS (1),; MATAMOROS PLAZA CATALINA (2)
Afiliaciones: (1) Médico cirujano, Servicio de Urgencias, Hospital Curicó, Curicó. (2) Médico EDF Hospital de Teno, Teno

Introducción: La disección aórtica es una urgencia vital caracterizada por la separación de las capas de la aorta, con una incidencia cercana a 13.000 casos anuales en Estados Unidos. La mayoría de las disecciones tipo B, cuyo desgarro se origina distal a la arteria subclavia izquierda, se manejan inicialmente con fármacos para reducir la presión arterial y la contractilidad miocárdica. El caso presentado describe una disección tipo B complicada que requirió cirugía de revascularización, destacando el razonamiento diagnóstico, el control hemodinámico y el abordaje multidisciplinario oportuno.

Presentación del caso: Paciente masculino de 77 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, consultó por dolor dorsal súbito irradiado a la región retroesternal, opresivo, con disnea, sudoración fría y paresia de extremidades inferiores. Al examen físico presentaba presión arterial de 197/84 mmHg y frecuencia cardíaca de 40–50 lpm. El electrocardiograma mostró bradicardia sinusal y el dímero D fue 4190 ng/mL. El angioTAC evidenció disección aórtica tipo B (Stanford) desde la aorta descendente proximal hasta las arterias ilíacas externas. Se inició manejo con infusión de urapidil y fentanilo, logrando PA 128/70 mmHg y FC 60 lpm. Durante la observación desarrolló isquemia aguda de extremidad inferior izquierda, confirmada por ausencia de pulso femoral y frialdad distal. Fue derivado al Hospital Regional de Talca, donde se realizó angiografía y posterior bypass femoro-femoral con prótesis de PTFE 6 mm, restituyendo el flujo distal.

Discusión y conclusiones: Según las guías ACC/AHA 2022 y el NEJM 2025, el manejo inicial de la disección tipo B es médico, reservando la intervención para complicaciones como mala perfusión o ruptura aórtica. En este caso, la conversión a una forma complicada justificó la cirugía periférica urgente. La elección de urapidil ante la bradicardia basal evitó efectos adversos del betabloqueo, mostrando una estrategia hemodinámica individualizada. Este caso ilustra la importancia del diagnóstico precoz, el control estricto de la presión y el manejo multidisciplinario oportuno en la disección aórtica tipo B complicada.

Palabras clave: Disección Aórtica, Isquemia, Revascularización Quirúrgica,

CAUSAS POCO COMUNES DE COMPROMISO DE CONCIENCIA: ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Pizarro Pérez, Eduardo (1); Troncoso Catalán, Ignacio Alfonso (1)
Afiliaciones: Médico General de Zona CESFAM Rosario, Rengo Médico General de Zona CESFAM Requinoa Médica Cirujana CESFAM Rosario, Rengo

Introducción: La encefalopatía de Wernicke es un síndrome neurológico agudo secundario a la deficiencia de tiamina (vitamina B1), frecuente en pacientes con malnutrición o consumo crónico de alcohol, aunque también puede presentarse en otras condiciones que comprometen la ingesta o absorción de nutrientes. Su cuadro clásico incluye la tríada de confusión, ataxia y disfunción oculomotora, presente solo en una minoría de los casos, lo que dificulta su diagnóstico precoz. Este se basa principalmente en la sospecha clínica apoyada por los criterios de Caine y, en algunos casos, por hallazgos característicos en la resonancia magnética. El tratamiento debe iniciarse de forma inmediata con tiamina, idealmente por vía parenteral, ya que el retraso terapéutico puede generar secuelas irreversibles como el síndrome de Korsakoff.

Presentación del caso: Paciente masculino de 74 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, déficit cognitivo y consumo crónico de alcohol. Desde agosto de 2024 presenta progresivo compromiso cognitivo caracterizado por desorientación, inatención y alteración de la marcha, en contexto de aumento del consumo de alcohol e inapetencia. En octubre de 2024 ingresa al Hospital de Rengo por sospecha de accidente cerebrovascular, posteriormente descartado, diagnosticándose síndrome confusional agudo sin requerimientos de UCI. Tras el alta médica persiste con lentitud psicomotora, disartria, temblor de intención y ataxia, manteniéndose bajo licencia médica y apoyo familiar. En control ambulatorio se constata paciente inatento, parcialmente orientado, con dismetría y disdiadococinesia, y exámenes generales dentro de rango. Se plantea la sospecha de encefalopatía de Wernicke en contexto de déficit nutricional asociado a consumo crónico de alcohol y mala adherencia terapéutica. Se inicia tratamiento con tiamina intramuscular seguida de tiamina oral 300 mg/día, junto con abstinencia mantenida de alcohol y medidas de rehabilitación. Los niveles séricos de vitamina B1, obtenidos posteriormente al inicio del tratamiento, se encontraban dentro de rango. En controles sucesivos se observa mejoría progresiva de la atención, lenguaje y coordinación motora

Discusión y conclusiones: El caso resalta la relevancia del diagnóstico clínico en la encefalopatía de Wernicke, dado que los exámenes complementarios y niveles de tiamina no siempre reflejan el estado inicial ni descartan el déficit funcional. La respuesta favorable a la suplementación apoya la hipótesis diagnóstica y demuestra el impacto del tratamiento precoz. Este cuadro puede confundirse con otras causas de alteración de conciencia en adultos mayores, como delirium o eventos cerebrovasculares, por lo que mantener un alto índice de sospecha resulta crucial. Reconocer tempranamente esta entidad permite prevenir secuelas cognitivas y funcionales, reafirmando el valor del manejo empírico con tiamina ante síntomas neurológicos en pacientes con riesgo nutricional o antecedentes de consumo de alcohol.

Palabras clave: Encefalopatía de Wernicke, Tiamina, Alcoholismo

CEFALEA ASOCIADA A HIDROCEFALIA POR TUMOR CEREBRAL, REPORTE DE UN CASO

Autores: Suazo Rivera Marcelino Andrés (1); Villouta Aburto Emilia (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de zona, Cesfam Néstor Fernández Th. De Llolleo, San Antonio. (2) Médico General De Zona, Hospital San José de Casablanca, Casablanca

Introducción: La cefalea constituye uno de los motivos más frecuentes de consultas en APS (atención primaria de salud), y es el síntoma más asociado a tumores cerebrales entre los pacientes, sin embargo, solo un 2% aproximadamente representa a las neoplasias intracraneales asociadas a cefaleas. La etiología de tumores cerebrales en la mayoría de los casos no está definida, pero hay una predisposición genética e individual a desarrollarlos, influenciado por variados factores tales como el estilo de vida, cansancio, stress, y falta de sueño, a menudo llevan a un subdiagnóstico de tumor cerebral.

Presentación del caso: Paciente femenina de 42 años de edad, sin antecedentes mórbidos, quien consulta en varias oportunidades en centros de atención primaria por cefalea crónica holocraneana de 24 meses de evolución, de aparición súbita y de preferencia matinal, tipo pulsátil, que ha ido en aumento leve manteniéndose casi constante en el tiempo, con intensidad EVA 5/10, sin otro síntoma asociado, donde sólo le indicaban manejo del dolor. Consulta con especialidad neurología, quien indica examen físico neurológico normal, y diagnostica cefalea por stress. A los 24 meses del cuadro clínico, paciente cae en forma abrupta al suelo con perdida de conciencia, es ingresada a centro hospitalario donde diagnostican hidrocefalia por tumor cerebral, donde es intervenida en forma urgente con resolución quirúrgica favorable (craneotomía) con derivación ventrículo peritoneal para drenaje de liquido cefalorraquídeo y mantención de la presión cerebral en rangos normales.

Discusión y conclusiones: Tanto en APS como en consulta médica ambulatoria, se debe prestar mayor atención a la sintomatología asociada al paciente y a la exploración física, de modo de lograr una derivación oportuna en casos de gravedad, sin embargo, en casos de cronicidad sin respuesta a tratamiento médico, se evidencia que un examen de imagen es menester para descarte de complicaciones asociadas y/o dar resolución quirúrgica a cuadros clínicos subdiagnosticados, como lo expuesto en este caso.

Palabras clave: Cefalea, Derivación Ventrículo-Peritoneal, Hidrocefalia, Tumor cerebral.

CEFALEA PERSISTENTE COMO MANIFESTACIÓN DE GLIOMA DE ALTO GRADO, IMPORTANCIA DEL ESTUDIO IMAGENOLÓGICO OPORTUNO

Autores: Manríquez Rodríguez Ignacio (1); Restrepo Gómez Alba (2), Aguilera Astorga Francisco (3), Dinamarca Muñoz Jonathan (4)

Afiliaciones: (1) Médico Cirujano, Centro de Salud San Rafael, Cauquenes. (2) Médico Cirujano, CESFAM Armando Williams, Cauquenes. (3) Médico EDF, CECOSF Meulin, Chiloé. (4) Médico Radiólogo, Hospital San Juan de Dios de Cauquenes, Cauquenes.

Introducción: La cefalea persistente en pacientes jóvenes sin antecedentes relevantes representa un desafío diagnóstico frecuente en atención primaria. Ante casos atípicos o refractarios al tratamiento, el estudio imagenológico resulta esencial para descartar lesiones estructurales intracraneales. Los gliomas de alto grado constituyen las neoplasias primarias cerebrales más agresivas en adultos. La resonancia magnética (RM) es el método de elección para su diagnóstico y caracterización, ya que permite evaluar la extensión tumoral, edema, necrosis y realce postcontraste. Las secuencias avanzadas, como difusión, perfusión y espectroscopía, contribuyen a diferenciar tumores de alto y bajo grado, mientras que la tractografía y la imagen por susceptibilidad optimizan la planificación quirúrgica y el análisis biológico tumoral.

Presentación del caso: Mujer de 33 años, sin antecedentes mórbidos, con cefalea holocraneana progresiva de tres meses de evolución. Pese a múltiples consultas médicas, fue tratada como cefalea tensional, sin respuesta favorable. Evolucionó con náuseas, vómitos y cambios conductuales de una semana, motivo por el cual se solicitó RM cerebral. El estudio evidenció una lesión frontal izquierda con componente quístico y porción sólida con realce heterogéneo, edema vasogénico leve y efecto de masa con desplazamiento de la línea media de 15 milímetros, compatible con glioma de alto grado. Fue derivada a centro de referencia para manejo quirúrgico y oncológico. La evolución fue desfavorable, falleciendo seis meses después del diagnóstico. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: La cefalea persistente o de características atípicas debe motivar la evaluación imagenológica oportuna. La RM, libre de radiación ionizante y de creciente disponibilidad en Chile, es el examen de elección para pesquisar y caracterizar lesiones intracraneales. En el contexto de tumores gliales, la identificación temprana de un glioma de alto grado es fundamental, pues su manejo y pronóstico difieren significativamente de otras lesiones cerebrales. El uso de secuencias avanzadas de RM permite orientar decisiones diagnósticas y terapéuticas incluso antes de la confirmación histológica, mejorando la planificación y abordaje integral del paciente.

Palabras clave: Cefalea atípica, Cefalea persistente, Glioma de alto grado, Resonancia magnética.

CETOACIDOSIS DIABÉTICA ASOCIADA A INHIBIDOR DE SGLT2: REPORTE DE UN CASO

Autores: Deichler Tapia, Alexandra (1); Gutiérrez Álvarez, Mimi (2); Cancino Gómez, Ítalo (3)
Afiliación: (1) Médico general de zona, Centro de salud Familiar Sur, Iquique. (2) Médico general de zona, Centro de salud Familiar Juan Pablo II, Antofagasta. (3) Médico general de zona, Hospital Comunitario Marcos Macuada, Tocopilla.

Introducción: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) son fármacos orales utilizados en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con beneficios cardiovasculares y renales demostrados. Sin embargo, pueden inducir una forma atípica de cetoacidosis diabética caracterizada por niveles normales o levemente elevados de glicemia, denominada cetoacidosis diabética euglucémica (CADE), lo que puede retrasar su diagnóstico y manejo oportuno.

Presentación del caso: Hombre de 44 años, con reciente diagnóstico de DM2. Se inicia tratamiento ambulatorio con empagliflozina 12,5 mg/día como monoterapia. Diez días después, presenta dolor abdominal, náuseas, vómitos, mareos y sudoración profusa, sin fiebre ni diarrea. Tras 24 horas de evolución, consulta en urgencias. Al ingreso se encuentra taquicárdico, normotenso y euglucémico. En los exámenes destaca: pH 7,20, PCO2 39 mmHg, HCO3− 15 mEq/L, Na 147 mEq/L, K 3,6 mEq/L, glucosa 190, cetonuria +++. Los parámetros infecciosos resultaron negativos. Ante la ausencia de otro factor desencadenante, se establece el diagnóstico de cetoacidosis diabética euglucémica secundaria a iSGLT2. Se maneja en unidad de cuidados intensivos con hidratación intravenosa, infusión de insulina y suspensión del fármaco, logrando resolución del cuadro y normalización del equilibrio ácido-base en 48 horas.

Discusión y conclusiones: La CADE representa hasta el 3% de los casos de cetoacidosis diabética. Los iSGLT2 favorecen la cetogénesis al reducir la insulina plasmática y aumentar la glucagonemia, además de promover la glucosuria que limita la hiperglicemia. Su reconocimiento clínico es esencial, ya que puede presentarse con glicemias <250 mg/dL, lo que retrasa el diagnóstico. El manejo requiere suspensión inmediata del fármaco, aporte de líquidos, insulina y vigilancia estrecha en unidad crítica. La educación del paciente respecto a síntomas de alarma es fundamental. En conclusión, los iSGLT2, aunque son seguros y eficaces, pueden causar cetoacidosis euglucémica incluso en pacientes recientemente diagnosticados. La sospecha clínica precoz es clave para evitar complicaciones graves.

Palabras clave: Cetoacidosis; Empagliflozina; Inhibidores SGLT2

CETOACIDOSIS DIABÉTICA COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE DIABETES MELLITUS TIPO 3C SECUNDARIA A ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO, A PROPOSITO DE UN CASO:

Autores: Letelier Bernal Enzo (1); Alvarado Filippi Jose (1), Bocaz Roldan Camila (1).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Juana Ross de Peñablanca, Villa Alemana.

Introducción: El adenocarcinoma pancreático es una neoplasia maligna de alta letalidad, frecuentemente diagnosticada en etapas avanzadas debido a su curso clínico insidioso y síntomas inespecíficos. Los tumores ubicados en el cuerpo o cola del páncreas suelen presentar manifestaciones tardías por la ausencia o retraso en la obstrucción de la vía biliar. En algunos casos, la diabetes mellitus tipo 3C o pancreatogénica puede constituir su primera manifestación clínica. Se expone un caso en que una cetoacidosis diabética (CAD) fue el debut de un adenocarcinoma pancreático metastásico.

Presentación del caso: Paciente masculino de 60 años, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento y tabaquismo activo, consultó por tres meses de fatiga, adinamia, poliuria y polidipsia, evolucionando con somnolencia progresiva de tres días. Ingresó a urgencias en shock hipovolémico, presión arterial media 43 mmHg, sopor medio, signos de deshidratación severa y aliento cetónico. Los exámenes evidenciaron hiponatremia dilucional, hipopotasemia, acidosis metabólica moderada, β-hidroxibutirato elevado, hiperlactatemia y glicemia de 600 mg/dL, interpretándose como cetoacidosis diabética moderada. Se manejó con hidratación, reposición electrolítica e insulinoterapia en unidad de cuidados intermedios, con evolución favorable. Durante la hospitalización se pesquisaron adenopatías cervicales y una masa epigástrica. El estudio etiológico mostró CA 19-9 en 5106 U/mL y una resonancia magnética abdominal con contraste que evidenció una masa de 5,4 × 3,8 cm en el cuerpo pancreático, dilatación del conducto principal, adenopatías peripancreáticas y una lesión hepática hipovascular de 2 cm compatible con metástasis. La biopsia hepática laparoscópica confirmó adenocarcinoma ductal pancreático primario metastásico (estadio IV). Tras 21 días de hospitalización se logró la estabilización metabólica con insulina glargina y glulisina, siendo derivado a cuidados paliativos exclusivos por su estado funcional y carga metastásica, con seguimiento por diabetología. Se obtuvo consentimiento informado para la publicación del caso.

Discusión y conclusiones: La cetoacidosis diabética en adultos mayores sin antecedente previo de diabetes debe motivar la búsqueda de causas secundarias, incluidas neoplasias pancreáticas. La destrucción del parénquima altera la secreción de insulina y glucagón, originando diabetes pancreatogénica. Este caso refuerza la necesidad de considerar estudio imagenológico y marcadores tumorales ante debut diabético atípico en mayores de 60 años para favorecer diagnóstico oncológico precoz.

Palabras clave: Adenocarcinoma ductal del páncreas, Cetoacidosis diabética, Diabetes mellitus.

CETOACIDOSIS DIABETICA EUGLICEMICA POR EMPAGLIFLOZINA: SOBRE UN CASO

Autores: Torres Rodríguez Ricardo (1); Álvarez Vidal Catherine (1) Palacios Pawahton Valentina (1) Maureira Bahamondes Camila (2)
Afiliaciones: (1) Médico general de zona, CESFAM Alhué, Alhué, RM. (2) Médico General de Zona, Hospital Comunitario Florencio Vargas Díaz, Diego de Almagro, Región de Atacama

Introducción: La cetoacidosis diabética representa una complicación grave de la diabetes mellitus, caracterizada clásicamente por hiperglicemia, acidosis metabólica y presencia de cetonas (1,2). La introducción de inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT-2) ha modificado la presentación típica de esta entidad, generando presentaciones euglicémicas que pueden dificultar su diagnóstico oportuno. (3)

Presentación del caso: Femenina de 56 años, sin antecedentes. En control de salud se diagnosticó diabetes mellitus tipo 2 con HbA1c 11,7%. Se indicó insulina, la cual rechazó, iniciándose Metformina 1000 mg cada 12 horas y Empagliflozina 25 mg al día, pero solo adhirió a esta última. A las dos semanas consultó en Servicio de Urgencia Rural de Atención Primaria de Salud (APS) por cuadro de tres días de evolución caracterizado por mareos, dolor abdominal, náuseas, polidipsia, poliuria y disnea. Al examen físico destacaba polipnea. Urotest evidenció cetonuria (4+), hemoglucotest 200 mg/dl y proteína C reactiva capilar normal. Ante sospecha de cetoacidosis diabética euglicémica fue derivada a Servicio de Urgencia Hospitalaria, confirmandose diagnóstico con pH 7,21, HCO3 11 mmol/L, glicemia 220 mg/dl y cetonuria (4+). Se realizó manejo con hidratación, insulinoterapia y corrección electrolítica, evolucionando favorablemente. Se suspendió Empagliflozina y se optimizó el esquema de tratamiento.

Discusión y conclusiones: La cetoacidosis diabética es infrecuente en diabetes tipo 2, con incidencia de 3,2 por 1000 casos (1). Sin embargo, el uso de iSGLT-2 incrementa significativamente este riesgo (OR 2,07; IC 95%: 1,44-2,98) (3,4). En estos casos la presentación puede ser con “euglicemia”, definida como glicemia menor a 250 mg/dl (4,5), contrastando con valores superiores a 300 mg/dl en presentaciones clásicas. Esta variante puede conducir a subdiagnóstico o retraso diagnóstico al no cumplir criterios glucémicos tradicionales. El caso ilustra la importancia de mantener alta sospecha clínica en pacientes con iSGLT-2 que presenten síntomas compatibles, independiente de los niveles glicémicos (5). La evaluación de cetonuria mediante urotest constituye una herramienta diagnóstica accesible y valiosa en atención primaria. Este caso refuerza la necesidad de educación continua sobre efectos adversos de nuevas terapias antidiabéticas y la importancia del reconocimiento precoz de presentaciones atípicas para evitar complicaciones graves.

Palabras clave: Cetoacidosis diabética, Diabetes mellitus tipo 2, Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2

COLOBOMA IRIDIANO BILATERAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO

Autores: Rosas Rojas Bárbara (1); Méndez Zúñiga Pablo (1), Marchant Bouffanais Ignacio (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Curepto. (2) Estudiante de medicina 1° año, cirujano dentista.

Introducción: El coloboma ocular es una malformación congénita caracterizada por ausencia de tejido ocular derivada de un cierre incompleto de la fisura óptica embrionaria. Puede comprometer distintas estructuras del globo ocular, incluyendo iris, retina, coroides o nervio óptico, con repercusión variable en la función visual. Su prevalencia se estima entre 2 y 19 por 100.000 nacidos vivos, representando hasta el 10% de las causas de ceguera infantil. La afectación iridiana es la forma más reconocible, de buen pronóstico visual, aunque requiere seguimiento por riesgo de complicaciones asociadas como cataratas, glaucoma o desprendimiento de retina.

Presentación del caso: Paciente masculino de 12 años, usuario de lentes ópticos sin control oftalmológico formal en más de dos años. Antecedentes de hospitalización a los seis años por cefalea y síncope, con diagnóstico de “malformación del iris”. Actualmente consulta por disminución progresiva de agudeza visual. Al examen físico se encuentra vigil, en buenas condiciones generales, destacando iris bilateral en forma de herradura, compatible con coloboma iridiano. Se consigna antecedente familiar relevante: hermana de 8 años con diagnóstico de papiloma preauricular unilateral congénito, lo que sugiere posible base genética compartida. No se evidencian otras alteraciones sistémicas. Se realiza derivación a oftalmología para estudio estructural mediante fondo de ojo, además de derivar a grupo familiar con genetista para asesoramiento genético especializado. Se obtiene consentimiento informado para presentación del caso.

Discusión y conclusiones: El coloboma iridiano forma parte del espectro de anomalías del desarrollo ocular, al igual que la microftalmia y anoftalmia, constituyendo el espectro “MAC”. Su etiología puede ser esporádica, hereditaria o sindrómica, asociándose en ocasiones a síndromes como el síndrome CHARGE (coloboma, heart malformations, choanal atresia, psychomotor development retardation, genital hypoplasia, ear malformations and hypoacusia). La presencia de alteraciones congénitas en ambos hermanos refuerza la necesidad de evaluación genética familiar. El manejo se orienta a la corrección óptica, vigilancia de complicaciones y apoyo multidisciplinario. Este caso resalta la importancia del control oftalmológico periódico en población pediátrica y del reconocimiento temprano de malformaciones tanto individual como familiarmente, con el fin de prevenir deterioro funcional, detectar manifestaciones sistémicas y potenciales afecciones hereditarias asociadas.

Palabras clave: COLOBOMA, IRIS, MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

COLOR EVIDENTE, CAUSA INESPERADA: FÁRMACOS EN LA ICTERICIA INEXPLICADA:

Autores: Arrigo Alegría Lucas (1).; San Martín Aravena Camila (1).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de salud familiar Michell Chandia Alarcón, Coihueco, Región Ñuble.

Introducción: La ictericia, síntoma presente en diversas patologías, exige realizar una anamnesis y examen físico detallado para establecer un diagnóstico diferencial (intra, extrahepático o mixto) e iniciar manejo etiológico idóneo. Asimismo, resulta fundamental identificar casos rápidamente progresivos que pueden derivar en complicaciones mortales, o excluir diagnósticos como lesiones hepáticas inducidas por fármacos (DILI).

Presentación del caso: Masculino, 24 años, sano, acudió a urgencias privada por 3 días de epigastralgia persistente, ictericia, náuseas, diarrea, coluria, sudoración, sin vómitos ni transgresión alimentaria, hace 2 semanas completó tratamiento 7 días amoxicilina/ácido clavulánico, ibuprofeno y paracetamol por neumonía, consumo alcohol único hace 1 mes. Examen físico consciente, subfebril, ictérico, dolor cuadrante superior derecho, sin visceromegalias palpables ni circulación colateral. Exámenes: bilirrubina total (BT) 3.83 mg/dL, directa (BD) 2.79 mg/dL, transaminasa glutámico-oxalacética (GOT) 136 U/l, transaminasa glutámico-pirúvica (GPT) 327 U/l, gamma-glutamil transferasa (GGT) 352 U/l, fosfatasa alcalina (FA) 173 U/l, proteína C reactiva (PCR) 105 mg/L; coagulación, hemograma, escáner abdomen-pelvis, serología viral hepatitis A, B, C, sin alteraciones. Se hospitalizó e inició antibioticoterapia: metronidazol, ceftriaxona y ampicilina. Exámenes 72 horas: BT 5.51 mg/dL, BD 4.17 mg/dL, elevación GGT y FA, descenso GOT, GPT y PCR; marcadores autoinmunes, coprocultivo, film array gastrointestinal, serología enfermedades transmisión sexual, Citomegalovirus, Epstein-Barr y colangiorresonancia, sin alteraciones. Cursó bronquitis aguda, requirió salbutamol e hidrocortisona. En 48 horas mejoría clínica, hoja hepática, parámetros inflamatorios disminuidos. Se egresó séptimo día asintomático, laboratorios normales con seguimiento por especialidad. Se firmó consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: DILI corresponde al 10% de hepatitis agudas con incidencia mundial 14-19/100.000, representa un desafío diagnóstico por su variabilidad clínica y retraso en la sospecha, donde la ictericia (30%) y transaminasas >3 veces límite superior normal, se asocian a 14% de mortalidad. Las escalas de evaluación objetivas tóxico-farmacológicas presentan controversias por sus diferencias interobservador y aunque los corticoides se utilizan en reacciones de hipersensibilidad, no son tratamiento estándar. Se destaca la importancia de una anamnesis profunda y del diagnóstico diferencial de ictericia sobre todo en casos de riesgo (adultos masculinos, consumo farmacológico reciente), además de individualizar el manejo según perfil clínico.

Palabras clave: Hidrocortisona, Ictericia, Lesión hepática inducida por medicamentos.

COMPENSACIÓN METABÓLICA NO FARMACOLÓGICA MEDIANTE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE PACIENTE ANALFABETO Y DIABETES DESCOMPENSADA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Barraza Egaña Patricio (1).; Villalón Parra Natalia (1), Cortés García Joel (2).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Marco Chamorro Iglesias, Porvenir. (2) Médico General, Hospital Marco Chamorro Iglesias, Porvenir.

Introducción: La Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en la Persona (ECICEP) se debe orientar tanto al usuario como su entorno social según nivel de riesgo de complicaciones al que se ven expuestas a lo largo del ciclo vital. Se presenta caso clínico de una persona analfabeta que logra compensación metabólica posterior a intervención multidisciplinaria.

Presentación del caso: Mujer de 65 años con antecedente de obesidad, hipertensión arterial crónica, Diabetes Mellitus 2 Insulino Requiriente (DM2 IR), enfermedad renal crónica etapa IIIa A2 y analfabetismo; ingresa a ECICEP en septiembre 2024 dado descompensación crónica de patologías de base, asociado a al menos 5 consultas en urgencias en el semestre precedente por episodios de hiper e hipoglicemia. En primera evaluación integral, se constata Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) en 10.0% utilizando esquema de insulina NPH con dosis de 0.6 UI/kg/día, además de metformina 850 mg cada 12 horas y vildagliptina 50 mg cada día. Se constataron dificultades para comprender indicaciones prescritas por equipo de salud debido a analfabetismo, escasa red de apoyo compuesta solo por hija con quien comparte vivienda, pero que no deseaba involucrarse en confección de pastillero ni seguimiento de salud de su madre para evitar conflictos cotidianos. Se trazaron planes de seguimiento multidisciplinario para abordar motivación al cambio tanto en hija como usuaria. Se realizó educación didáctica en domicilio por dupla de químico farmacéutico y psicólogo, sin modificar dosis de fármacos mencionados. Con dichas intervenciones, se constató mejoría de adherencia a terapia, mejor apoyo de familiar y disminución progresiva de hemoglobina glicosilada con un total de 3.8% en un año de seguimiento (HbA1c octubre 2025 de 6.2%). Paciente otorgó consentimiento informado para presentación de caso actual.

Discusión y conclusiones: Actualmente el Hospital de Porvenir cuanta con 58 pacientes G3 en seguimiento activo por ECICEP, sin embargo, también posee 51 pacientes con HbA1c sobre 10% de los cuales solo 6 de ellos se encuentran insertos en estrategia mencionada. El caso presentado representa un ejemplo del beneficio metabólico en paciente con DM2 IR asociado a problemáticas psicosociales, sin embargo, también evidencia la necesidad de poder ampliar cobertura de estrategia local para el abordaje efectivo de dichos pacientes.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Atención Centrada en la Persona, Analfabetismo.

COMPLEJO DE CARNEY CON AFECTACIÓN ENDOCRINA MÚLTIPLE EN UN ADULTO JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Palma Peña, Sofía (1); Sepúlveda Moraga, Sofía (2) Vacarezza Armendariz, Antonia (2) Letzkus Krumel, Alana (3)

Afiliaciones: (1) Médico Cirujano. Unidad de Dermatología, CRS Hospital Provincia Cordillera, Puente Alto, Santiago. (2) Médico Cirujano. General de zona, Hospital de Til Til, Til Til. (3) Interna de Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile.

Introducción: El complejo de Carney es un síndrome hereditario infrecuente, autosómico dominante, caracterizado por la tríada de mixomas, lentiginosis mucocutánea y alteraciones endocrinas[1]. Los casos se asocian a mutaciones inactivantes del gen PRKAR1A, el cual codifica una subunidad reguladora de la proteína quinasa A, elemento esencial en la vía de señalización del AMPc[2]. Su expresión es variable y su penetrancia casi completa, con predominio en mujeres y diagnóstico desde la segunda década de vida[3]. Se han descrito alrededor de 750 casos en la literatura mundial[4].

Presentación del caso: Hombre de 18 años, previamente sano, consulta por aumento progresivo del tamaño de manos, pies y crecimiento estatural acelerado en los últimos meses. Al examen físico, se observa lentiginosis múltiple distribuida en mucosa oral, cara, tronco y extremidades. Se palpa un nódulo firme de aproximadamente 20 mm en el polo superior del testículo izquierdo. Los estudios de imagen evidenciaron macroadenoma hipofisario (12×11×28 mm) con extensión supraselar y contacto con el quiasma óptico, desplazando el tallo hipofisario. La ecografía testicular mostró calcificaciones bilaterales, compatibles con tumor de células de Sertoli calcificante. El ecocardiograma identificó un mixoma de 3,1×3,5 mm en ventrículo derecho. El estudio hormonal mostró elevación de IGF-1 (708 ng/mL) y cortisol basal (71,8 µg/dL), con test de supresión con glucosa positivo para GH, confirmando un adenoma productor de hormona del crecimiento. Con hallazgos clínicos, imagenológicos y hormonales, se diagnosticó complejo de Carney con compromiso cutáneo, testicular, hipofisario y cardíaco.

Discusión y conclusiones: El complejo de Carney es una enfermedad multisistémica con expresividad clínica altamente variable, pudiendo manifestarse desde lesiones pigmentarias benignas hasta tumores potencialmente letales[5]. Este caso resulta relevante por su presentación con afectación endocrina múltiple, un patrón infrecuente descrito en la literatura[6]. El diagnóstico y detección precoz de tumores cardíacos o endocrinos reduce complicaciones graves y mejora el pronóstico[7]. La evaluación y consejería genética son componentes esenciales, dada la alta penetrancia del síndrome y el riesgo de recurrencia en familiares de primer grado[8]. Este caso enfatiza el abordaje integral en pacientes con lentiginosis mucocutánea y alteraciones endocrinas, donde la piel puede ser la clave diagnóstica de una enfermedad genética sistémica. PALABRA S CLAVE Complejo de Carney; Lentiginosis; Mixoma cardíaco

COMPROMISO DE CONCIENCIA DIFERIDO POSTERIOR A TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO: PRESENTACIÓN DE UN HEMATOMA SUBDURAL AGUDO

Autores: Tolosa Godoy Matías (1); Schaufele Rojas Paulina (2), Yussem Fernandez María (3).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro Comunitario de Salud Familiar El Santo Esfuerzo de Todos. (2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Penco. (3) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Bellavista, Tomé.

Introducción: El hematoma subdural agudo (HSDA) es una acumulación de sangre entre la duramadre y la aracnoides, generalmente secundaria a un traumatismo cráneoencefálico (TEC) que provoca la ruptura de las venas puente que conectan la corteza cerebral con los senos venosos durales. También puede tener origen no traumático, como ruptura de aneurismas, alteraciones de la coagulación o complicaciones quirúrgicas. Se clasifica como agudo durante las primeras 72 horas, subagudo entre los 4 y 21 días y crónico después de ese período. Su diagnóstico se realiza mediante tomografía computada (TC) de cerebro sin contraste. Se presenta el caso de un paciente que acude al servicio de urgencias de un Hospital Terciario por compromiso de conciencia diferido post TEC.

Presentación del caso: Paciente masculino de 62 años, con antecedente de recambio valvular por endocarditis bacteriana, usuario de anticoagulantes. Sufre caída desde una silla mientras realizaba labores domésticas, sin pérdida de conciencia ni otros síntomas neurológicos. Por dicho traumatismo acude a servicio de urgencias donde se realiza TC de cerebro sin contraste, que no muestra lesiones neuroquirúrgicas en ese momento. Tres días después presenta compromiso de conciencia fluctuante, por lo que su hijo reconsulta; una nueva tomografía evidencia hematoma subdural hemisférico izquierdo con efecto de masa. Se hospitaliza y se realiza manejo quirúrgico para evacuación del hematoma el mismo día.

Discusión y conclusiones: Al abordar el compromiso de conciencia posterior a un TEC, incluso diferido, debe considerarse el HSDA como diagnóstico diferencial, aun con neuroimagen inicial normal. Por su origen venoso, el cuadro puede evolucionar de forma progresiva, con periodos de lucidez antes del deterioro neurológico. En adultos mayores o en quienes presentan traumatismos de alta energía o anticoagulación como en este caso, se recomienda vigilancia clínica estrecha y repetir la tomografía ante nuevos síntomas. En el contexto del seguimiento post-traumatismo, la identificación de la patología y el tratamiento oportuno son determinantes para optimizar el pronóstico y disminuir complicaciones.

Palabras clave: Hematoma Subdural Agudo, Traumatismos Craneocerebrales, Trastornos de la Conciencia.

CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS AL ENFRENTARSE AL PACIENTE CON DIABETES. A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Vásquez Sagal Camila (1); Barahona Velis Bryan (2)
Afiliaciones: (1). Médico General de Zona. Posta de Salud Rural Peralillo. Illapel (2). Médico general. CESFAM Magisterio, Talca

Introducción: La Diabetes Mellitus (DM) se caracteriza por cuadros de hiperglucemia secundarios a defectos en la secreción y/o acción de la insulina. La Asociación Americana de Diabetes (ADA) la clasifica en 4 grupos: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), diabetes gestacional y otros tipos específicos de diabetes. Dentro de este último se encuentra una entidad asociada a disfunción del páncreas exocrino (3c), con características fisiopatológicas y tratamiento particulares. El objetivo de este caso es visibilizar este tipo de diabetes que frecuentemente pasa desapercibida, llegando a clasificarse erróneamente hasta en 49% de los casos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 75 años, con antecedentes de dislipidemia y DM, diagnosticada en 2015, fecha donde también fue hospitalizada por presentar una pancreatitis grave. Acude a la consulta por baja de peso, polifagia y distensión abdominal. Se revisan exámenes previos donde destaca diabetes sin logro de compensación durante toda la evolución de la enfermedad, con hemoglobina glicada (HbA1c) que oscila entre 12.1% y 9%. En este contexto, se decide solicitar nuevos exámenes donde se evidencia HbA1c en 11.7% pese a tratamiento con empagliflozina 25 mg cada día. Ante estos hallazgos, se plantea hipótesis diagnóstica de diabetes tipo 3C y se inicia insulinización. De manera paralela, se presenta a usuaria mediante interconsulta por telediabetología, donde especialista concuerda con sospecha diagnóstica y mantiene tratamiento. Posteriormente, en la reevaluación a los 3 meses, paciente manifiesta mejoría clínica y HbA1c en 7.3%. Actualmente se encuentra en estudio diagnóstico con imágenes y marcadores específicos a nivel secundario.

Discusión y conclusiones: La asociación entre la pancreatitis aguda (PA) y el desarrollo de diabetes ha sido estudiada, se estima que luego de 1 año de un primer episodio de PA, alcanzaría un 15% y llegaría a un 23% a los 5 años. Este tipo de diabetes tiene una fisiopatología singular, lo que hace que su manejo y seguimiento deba ser estricto dado el riesgo de hipoglicemia. El control adecuado de su etiología y la patología del páncreas exocrino subuyacente permite una mejoría significativa. Ampliar la visión diagnóstica en estos pacientes, permite al clínico intervenciones más efectivas y con mayor tasa de éxito.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Pancreatitis, Insulin

“CUANDO EL CUERPO AVISA, LO QUE EL CEREBRO CALLA” PRESENTACIÓN CLÍNICA DE UN EPISODIO DEPRESIVO ENMASCARADO

Autores: Brito Canales Mylittzen (1); Malfanti Vera Renzo (2) Urquieta Constanza (3)
Afiliaciones: (1) Médico en etapa de destinación y formación, CESFAM Artificio (2) Médico en etapa de destinación y formación, Hospital Juana Ross de Peñablanca (3) Médico en etapa de destinación y formación, CESFAM Artificio

Introducción: La depresión enmascarada es una forma atípica de depresión en la cual los síntomas afectivos clásicos, como la tristeza o el desánimo, se encuentran encubiertos por manifestaciones somáticas o conductuales, lo que dificulta su diagnóstico oportuno. El reconocimiento de la depresión enmascarada es esencial para evitar tratamientos inadecuados y promover intervenciones efectivas orientadas tanto a los síntomas físicos como emocionales.

Presentación del caso: Hombre de 64 años, pastor, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus consulta por cuadro de fatiga, sensación persistente de necesidad de movimiento, bradipsiquia y baja de peso de 10 kg en tres meses, post infección por COVID-19. Paciente valorado por equipo de medicina interna y neurología por acatisia, descartándose causa farmacológica, con laboratorio general anodino y tomografía cerebral sin hallazgos patológicos, por lo que se deriva a psiquiatría por sospecha de alteración somática. A la anamnesis, cuadro de más de 6 meses de evolución caracterizado por irritabilidad, angustia, insomnio mixto, anhedonia, aislamiento progresivo de su rol de pastor, anorexia franca, disminución de la líbido sexual, sensación de desesperanza, y finalmente, reconoce episodios donde ha tenido ideación suicida no planificada, donde aumenta angustia y mayor inquietud psicomotora. Al consultar por factores gatillantes, paciente cursando múltiples duelos en poco tiempo, además de dificultad en aceptar cuarentena. Psiquiatra diagnóstica episodio depresivo enmascarado con ribetes melancólicos. Se inicia tratamiento con antidepresivos de acción dual, benzodiacepinas y antipsicóticos atípicos, además de psicoterapia cognitivo conductual, con evolución favorable tras seis meses de tratamiento, con remisión sintomática completa.

Discusión y conclusiones: Este caso ilustra la relevancia de considerar la depresión enmascarada dentro del diagnóstico diferencial de acatisia de causa no farmacológica. La observación clínica cuidadosa, la integración multidisciplinaria y el uso de herramientas de evaluación psicopatológica son esenciales para identificar cuadros depresivos ocultos tras síntomas somáticos o motores. Reconocer esta posibilidad permite una intervención temprana, mejora el pronóstico funcional y reduce el riesgo de cronificación o complicaciones asociadas a la depresión no tratada.

Palabras clave: Acatisia inducida por fármacos, Depresión, Trastornos del estado de ánimo.

CUANDO EL INTESTINO QUEDA EN SILENCIO. BEZOAR Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MEDIADA POR OPIOIDES:

Autores: Hernández Galdames Juan (1); Fernández Fernández Sofía (2); Valdez López Ignacio (3) Sánchez Zenteno Eduardo (4)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Collipulli, Collipulli (2) Médico General de Zona, Hospital Dr. Dino Stagno Maccioni, Traiguén. (3) Médico Cirujano, Hospital de Collipulli, Collipulli (4) Médico General de Zona, Hospital de Licantén, Licantén.

Introducción: La constipación es un síntoma común en pacientes con enfermedad oncológica avanzada. El estreñimiento inducido por opioides (EIO) altera la calidad de vida y puede llevar a complicaciones graves pese a su tratamiento

Presentación del caso: Masculino, 61 años, antecedente de cáncer prostático en quimioterapia y seguimiento paliativo, con uso de morfina subcutánea (36 miligramos diarios). Consultó en urgencias por cuadro de un día de evolución de dolor abdominal hipogástrico y lumbar que no cedió pese a su tratamiento base. Sin nauseas ni vómitos, logrando deposiciones diarias, sin síntomas urinarios. Al examen físico quejumbroso, hipertenso, con dolor abdominal en cuadrantes inferiores sin irritación peritoneal. En exámenes de laboratorio solo destacó leucocitosis (15.200 cel/mm^3). Examen de orina normal. Radiografía de abdomen sin hallazgos patológicos. Se hospitalizó a paciente para optimización de analgesia aumentando 10% la dosis de morfina basal diaria con bolos de rescate según necesidad. Durante primer día de hospitalización paciente logró una deposición escasa y requirió una dosis de rescate de morfina. Al día siguiente, paciente refirió lumbalgia irradiada a miembros inferiores. Scanner de columna lumbar mostró hernia lumbar contactando parcialmente raíz de L5; se optimizó nuevamente analgesia aumentando 10% de morfina diaria total. Al tercer día, paciente inició con vómitos alimentarios en dos oportunidades y dolor abdominal mesogástrico. Laboratorio de control con notorio aumento de leucocitos (28.700). Radiografía de abdomen mostró gran distensión de asas intestinales. Se derivó a centro de mayor complejidad para estudio. Durante traslado paciente presentó vómitos fecaloideos e hipotensión, manejado con antieméticos y cristaloides. Valorado por cirujano, se indicó scanner de abdomen que arrojó signos de obstrucción intestinal mecánica. Ingresó a laparotomía exploratoria con hallazgo intraoperatorio de bezoar por alimento no digerido en íleon realizándose enterotomía para su extirpación. Paciente logró extubación al cuarto día de estadía en unidad crítica y recuperación a su condición basal tras 15 días de hospitalización.

Discusión y conclusiones: El EIO obedece a una etiología multifactorial condicionada por la farmacología de los opioides y comorbilidades de un paciente oncológico. La literatura nos advierte de un caso similar provocado por uso de morfina oral. Es necesario conocer nuevos enfoques terapéuticos para su prevención y tratamiento.

Palabras clave: Estreñimiento Inducido por Opioides, Morfina, Obstrucción Intestinal

CUANDO EL TRATAMIENTO SE VUELVE CAUSA: INSUFICIENCIA SUPRARRENAL POR USO DE GLUCOCORTICOIDES

Autores: Nicolai Nieto Elena (1); Encina Escudero Francisca (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Batuco, Lampa, Región Metropolitana (2) Médico General de Zona, CESFAM La Pincoya, Huechuraba, Región Metropolitana (3) Médico General de Zona, CESFAM Quinta Bella, Recoleta, Región Metropolitana (4) Médico Internista, Hospital Padre Hurtado, San Ramón, Región Metropolitana

Introducción: La insuficiencia suprarrenal es un trastorno hormonal infrecuente caracterizado por déficit en la producción de cortisol, con o sin compromiso de otras hormonas suprarrenales. La forma terciaria, secundaria a la supresión exógena del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal por uso prolongado de glucocorticoides, ha aumentado en incidencia y hospitalizaciones. Su relevancia radica en el uso extendido de glucocorticoides en atención primaria de salud (APS), muchas veces sin adecuada supervisión ni educación al paciente.

Presentación del caso: Hombre de 81 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en tratamiento con ipratropio y budesonida inhalatoria. Ingresa a urgencia por episodio de presíncope sin pérdida de conciencia, asociado a náuseas y vómito. Exámenes muestran hemoglobina 9 g/dL, leucocitos 4200/uL, plaquetas 133 000/uL, sodio 114 mEq/L, calcio 7.3 mEq/L, cloro 85 mEq/L y glucosa 90 mg/dL. Evoluciona con hipotensión y bradicardia leves, iniciándose hidratación y hospitalización por hiponatremia. Se sospecha inicialmente síndrome de secreción inadecuada de ADH, sin mejoría con suero hipertónico y restricción hídrica. Ante cortisol matutino de 0.3 µg/dL y pruebas tiroideas normales, se diagnostica insuficiencia suprarrenal, iniciándose hidrocortisona con posterior normalización del sodio. En la anamnesis dirigida refiere uso esporádico de prednisona para crisis respiratorias, tanto indicada como automedicada.

Discusión y conclusiones: Este caso evidencia las consecuencias del uso indiscriminado de glucocorticoides. La insuficiencia suprarrenal inducida puede presentarse incluso con uso intermitente, y debe sospecharse ante alteraciones hidroelectrolíticas o síntomas inespecíficos. El control adecuado del tratamiento y la educación del paciente en APS son fundamentales para prevenir complicaciones potencialmente fatales.

Palabras clave: Glucocorticoides, Hiponatremia, Insuficiencia Suprarrenal, Prednisona

CUANDO LA DEBILIDAD NO ESTÁ EN EL CEREBRO: CHIARI TIPO I COMO CAUSA OCULTA DE TETRAPARESIA ESPÁSTICA

Autores: Aguilera Zapata Jorge Ignacio (1); Escalante Villanueva Paloma Arlette (2); Troncoso Rojas Jorge Eduardo (3)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Pitrufquén, Pitrufquén, Araucania. (2) Médico Becado Neurocirugía, Hospital Regional de Temuco, Universidad de La Frontera, Temuco. (3) Interno de medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.

Introducción: La tetraparesia espástica es el síndrome neurológico caracterizado por debilidad de las cuatro extremidades asociado a hipertonía. Dentro de las causas más frecuentes encontramos mielopatía cervical degenerativa, tumores medulares y esclerosis múltiple. La malformación de Arnold Chiari es una causa poco habitual. La variante tipo I se define como el descenso de las amígdalas cerebelosas ≥ 5 mm por debajo del foramen magno a través del agujero occipital. La consecuencia de esta obstrucción es la formación de una cavidad quística intramedular (siringomielia). El objetivo de este estudio es exponer una causa infrecuente de tetraparesia espástica, analizando principalmente su historia clínica y examen neurológico.

Presentación del caso: Paciente masculino 53 años consulta en hospital periférico en contexto de debilidad en extremidades inferiores progresiva de 1 año de evolución. Destaca al examen físico tetraparesia espástica en extremidades inferiores asociado a hiperreflexia con difusión y marcha en tijeras. Resonancia de columna destaca acentuada dilatación hidrosiringomiélica de la médula espinal cervical y dorsal parcialmente visible con atrofia medular asociado a secuela parenquimatosa cerebelosa derecha parcialmente visible. Evaluado por neurocirugía, se diagnóstica malformación de Arnold-Chiari tipo I sintomática con indicación quirúrgica.

Discusión y conclusiones: Este caso muestra una presentación tardía de malformación de Chiari tipo I con hidrosiringomielia extensa, cuya evolución progresiva plantea un importante desafío diagnóstico y terapéutico.La derivación neuroquirúrgica oportuna es clave para optimizar el pronóstico funcional, especialmente en pacientes con mielopatía crónica. Estudios recientes de cohorte demuestran que los pacientes con deterioro clínico presentaron una tasa de progresión anual del 3,9%. Es importante considerar que el síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS), el signo de Babinski positivo y la ausencia de resolución espontánea predicen de forma independiente deterioro clínico preoperatorio evidente en estos pacientes. La tetraparesia espástica simétrica con hiperreflexia y marcha en tijera orientó a una lesión medular estructural, en la cual el compromiso inicial de las astas anteriores explica la debilidad distal y la pérdida termoalgésica disociada típica de la siringomielia. La detección precoz y la derivación neuroquirúrgica oportuna son esenciales para prevenir la progresión funcional irreversible. Un abordaje multidisciplinario y el seguimiento clínico-radiológico estrecho permiten mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Palabras clave: Malformación de Arnold-Chiari, Paresia , Siringomielia

CUANDO LA VÍA BILIAR SE RESISTE: COLANGITIS RECURRENTE OBSTRUCTIVA TRAS COLEDOCOLITIASIS PREVIAMENTE INTERVENIDA:

Autores: Falcone Alcalde Clemente (1); Ochoa Echeverría Talia Sofía Del Espíritu Santo (2), Soto Proboste Arantxa Nicole (1), Ocampo Saavedra Joaquín Alberto (3).
Afiliaciones: (1) Médico(a) EDF, CESFAM San Pedro, San Pedro. (2) Médica, CESFAM San Pedro, San Pedro. (3) Estudiante de medicina, Universidad San Sebastián, Santiago.

Introducción: La colangitis es una complicación inflamatoria e infecciosa causada por una obstrucción de la vía biliar, está última puede originarse por litiasis, estenosis benignas o neoplásicas. Se resuelve generalmente con antibioterapia y drenaje precoz. Este último, generalmente se realiza con la extracción endoscópica de los cálculos biliares, y la tasa de recurrencia de coledocolitiasis luego del manejo llega al 13.5%. A continuación se presenta un caso con clínica atípica al tener episodios de colangitis recurrente autolimitados en un paciente de edad avanzada.

Presentación del caso: Paciente masculino de 85 años con antecedente de colecistectomía y prótesis biliar por posterior coledocolitiasis primaria en 2023. Presentó múltiples episodios atendidos en servicio de urgencias de fiebre asociados a desorientación, ictericia y coluria por aproximadamente 7 meses, hasta 1 vez a la semana, de hasta 2 días de duración y que cedían espontáneamente o con antiinflamatorios endovenosos, asociado a astenia y baja de peso. Paciente rechazó traslados a hospital y tratamientos antibióticos por sospecha de colangitis y se realizó estudio ambulatorio. Ecografía informó dilatación de vía biliar secundaria a contenido ecogénico a nivel de colédoco, se sospechó posible cáncer y se toma colangioresonancia que evidenció múltiples cálculos en colédoco y conducto hepático común con dilatación de vía biliar de 14mm, prótesis biliar bien posicionada, sin lesiones sugerentes de cáncer. El laboratorio mostró elevación de proteína C reactiva, bilirrubina directa y perfil hepático con patrón colestásico. Se manejó de forma electiva con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) donde se extrajeron múltiples litos y se instaló nueva prótesis biliar. Desde entonces el paciente evoluciona favorablemente.

Discusión y conclusiones: La coledocolitiasis recurrente puede presentarse incluso tras la instalación de prótesis biliares, especialmente en presencia de estasis biliar y colonización bacteriana crónica. La recurrencia de colangitis en pacientes con antecedentes de manipulación biliar debe orientar hacia la obstrucción mecánica residual o formación de nuevos cálculos. El estudio por imágenes, particularmente la colangioresonancia, permite descartar patología maligna y guiar la indicación de ERCP terapéutica. El manejo endoscópico continúa siendo el tratamiento de elección, con tasas de éxito superiores al 90 %.

Palabras clave: Colangitis, Coledocolitiasis, Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica

CUERPO EXTRAÑO VESICAL COMO CAUSA DE INFECCION URINARIA RECURRENTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO, REPORTE DE UN CASO:

Autores: Puentes Millao Javier (1); Bascuñán Monsalves Gerardo (1), Cid Quidel Catherina (1), Gajardo Silva Camila (1).
Afiliaciones: (1) Médico Cirujano, Hospital Familiar y Comunitario de Carahue, Carahue, Región de La Araucanía, Chile.

Introducción: La infección del tracto urinario (ITU) constituye una de las infecciones bacterianas más frecuentes en la edad pediátrica. Se define ITU recurrente como tres o más infecciones urinarias bajas, dos o más pielonefritis agudas o una pielonefritis más una ITU baja en un año. En estos casos, el estudio imagenológico es fundamental para identificar causas anatómicas o funcionales subyacentes, incluyendo las menos habituales como cuerpos extraños vesicales en pacientes sin antecedentes quirúrgicos.

Presentación del caso: Paciente masculino de 12 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, consultó reiteradamente en el Servicio de Urgencia del Hospital Familiar y Comunitario de Carahue por disuria, polaquiuria, tenesmo vesical y dolor hipogástrico, sin síntomas sistémicos. En múltiples oportunidades se realizaron orina completa y urocultivo por 2° chorro, observándose muestras inflamatorias y cultivos positivos (>100.000 UFC/ml) con aislamientos alternados de Proteus mirabilis, Enterococcus faecalis y Staphylococcus saprophyticus. Se diagnosticó ITU no complicada, tratándose con distintos esquemas antibióticos (ciprofloxacino, cefadroxilo, sulfametoxazol/trimetoprima), persistiendo la sintomatología. Fue derivado a urología pediátrica, donde ecografía vesical evidenció sospecha de litiasis, complementándose con PieloTAC que mostró cuerpo extraño vesical. Se realizó cistostomía, extrayéndose varios imanes. Evolucionó favorablemente, sin nuevos episodios de ITU. Se derivó a salud mental para evaluación complementaria. Se obtuvo consentimiento informado de la madre para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: Las ITU recurrentes en pediatría exigen una evaluación integral que incluya estudios de imagen, orientados a identificar alteraciones anatómicas o funcionales que puedan requerir manejo especializado. Los cuerpos extraños vesicales son una causa infrecuente de ITU en población pediátrica, particularmente en pacientes sin antecedentes de instrumentación vesical. Este caso resalta la importancia del rol del médico general en la sospecha clínica, derivación oportuna y coordinación con equipos de especialidad, optimizando el diagnóstico y manejo de patologías poco habituales pero clínicamente relevantes.

Palabras clave: Infecciones Urinaria, Urología, Pediatría.

CUERPO EXTRAÑO VESICAL COMO CAUSA DE ITU RECURRENTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO, REPORTE DE UN CASO:

Autores: Puentes Millao Javier (1); Bascuñán Monsalves Gerardo (1), Cid Quidel Catherina (1), Gajardo Silva Camila (1).
Afiliaciones: (1) Médico Cirujano, Hospital Familiar y Comunitario de Carahue, Carahue, Región de La Araucanía, Chile.

Introducción: La infección del tracto urinario (ITU) constituye una de las infecciones bacterianas más frecuentes en la edad pediátrica. Se define ITU recurrente como tres o más infecciones urinarias bajas, dos o más pielonefritis agudas o una pielonefritis más una ITU baja en un año. En estos casos, el estudio imagenológico es fundamental para identificar causas anatómicas o funcionales subyacentes, incluyendo las menos habituales como cuerpos extraños vesicales en pacientes sin antecedentes quirúrgicos.

Presentación del caso: Paciente masculino de 12 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, consultó reiteradamente en el Servicio de Urgencia del Hospital Familiar y Comunitario de Carahue por disuria, polaquiuria, tenesmo vesical y dolor hipogástrico, sin síntomas sistémicos. En múltiples oportunidades se realizaron orina completa y urocultivo por 2° chorro, observándose muestras inflamatorias y cultivos positivos (>100.000 UFC/ml) con aislamientos alternados de Proteus mirabilis, Enterococcus faecalis y Staphylococcus saprophyticus. Se diagnosticó ITU no complicada, tratándose con distintos esquemas antibióticos (ciprofloxacino, cefadroxilo, sulfametoxazol/trimetoprima), persistiendo la sintomatología. Fue derivado a urología pediátrica, donde ecografía vesical evidenció sospecha de litiasis, complementándose con PieloTAC que mostró cuerpo extraño vesical. Se realizó cistostomía, extrayéndose varios imanes. Evolucionó favorablemente, sin nuevos episodios de ITU. Se derivó a salud mental para evaluación complementaria. Se obtuvo consentimiento informado de la madre para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: Las ITU recurrentes en pediatría exigen una evaluación integral que incluya estudios de imagen, orientados a identificar alteraciones anatómicas o funcionales que puedan requerir manejo especializado. Los cuerpos extraños vesicales son una causa infrecuente de ITU en población pediátrica, particularmente en pacientes sin antecedentes de instrumentación vesical. Este caso resalta la importancia del rol del médico general en la sospecha clínica, derivación oportuna y coordinación con equipos de especialidad, optimizando el diagnóstico y manejo de patologías poco habituales pero clínicamente relevantes.

Palabras clave: Infecciones Urinarias, Urología, Pediatría.

DAÑO HEPÁTICO POR HEMOCROMATOSIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ESTEATOSIS HEPÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Zúñiga Correa Agustina (1); Torres Ducci Ignacio (1) , López Navarro Carla (1)
Afiliaciones: (1) Médica/o General de Zona, Cesfam Padre Joan Alsina, San Bernardo, Santiago

Introducción: La esteatosis es parte de la enfermedad hepática no alcohólica (EHNA) que se produce por acumulación excesiva de triglicéridos y es prevalente en atención primaria en salud (APS). La ecografía es el estudio de elección para su diagnóstico. La hemocromatosis es una patología genética por acumulación de hierro en diversos órganos, incluyendo el hígado, donde produce falla funcional. Los primeros estadíos son oligosintomáticos y pueden manifestarse con alteraciones inespecíficas de pruebas hepáticas. La ecografía no produce hallazgos específicos y suele confundirse con otras patologías como depósito de amiodarona y la misma esteatosis.

Presentación del caso: Paciente de 79 años sin antecedentes, acude a Cesfam por dolor en hipocondrio derecho. Se estudia con ecografía abdominal que describe aumento de ecogenicidad hepática sugerente de esteatosis y colelitiasis. Se sugiere cambio en estilo de vida. Evoluciona con persistencia de dolor, vómitos y colestasis por lo que acude a urgencia hospitalaria donde se estudia con tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM). Se diagnostica colecistitis aguda y la RM destaca disminución en T1 y T2 compatible con siderosis hepática. Se realiza manejo por Rendez-Vous sin incidentes y se deriva para flebotomía.

Discusión y conclusiones: La esteatosis hepática es una patología por exceso de triglicéridos acumulados en hepatocitos. Es parte del espectro de la EHNA variando de esteatosis simple a cirrosis. Se relaciona con obesidad, DM2 o dislipidemia teniendo alta prevalencia en APS. Su diagnóstico es ecográfico donde destaca aumento de ecogenicidad parenquimatosa. La hemocromatosis por otra parte es una patología autosómica recesiva donde se produce depósito excesivo de hierro. Imagenológicamente su diagnóstico se confirma con TC o RM, siendo la ecografía un estudio de bajo rendimiento. En laboratorio se pesquisa por saturación de hierro >45%. Ambos diagnósticos son opciones clínicas al momento de evaluar un paciente en APS con dolor abdominal y alteraciones inespecíficas de pruebas hepáticas. La ecografía suele ser el acercamiento imagenológico inicial cuando evaluamos estos pacientes, pero pierde especificidad en esteatosis leve, obesidad o enfermedades por depósito como este caso. Tener en mente la hemocromatosis puede resultar crucial a la hora de evaluar un paciente en APS, solicitar un estudio dirigido y lograr un diagnóstico correcto.

Palabras clave: [Hemochromatosis] [Non-alcoholic Fatty Liver Disease] [NAFLD] [Iron Storage Disorder]

DE LA AMENAZA AL NACIMIENTO SEGURO: CONTROL DE INFECCIONES Y HEPATITIS B EN EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Autores: Jiménez Zenteno Carolina (1); Pérez Infante Vaitiare (1), Vergara Leal Fabián (1), Rubel Margarit Benjamin (2)
Afiliaciones: (1) MGZ, CESFAM Dra Ana Maria Juricic, Maipú, Santiago. (2) Interno de 7mo año de Medicina, Hospital Félix Bulnes, Universidad San sebastián, Santiago

Introducción: Las infecciones de transmisión sexual (ITS) durante el embarazo representan un desafío clínico significativo debido a sus posibles complicaciones maternas y fetales. Las ITS como Chlamydia trachomatis, Ureaplasma, y Mycoplasma pueden asociarse con amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas y mayor riesgo de infecciones neonatales. Por otra parte, la infección por virus Hepatitis B (VHB) en gestantes requiere un manejo cuidadoso para prevenir la transmisión vertical, que puede ocasionar hepatitis crónica en el recién nacido. El diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado son claves para mejorar los desenlaces perinatales.

Presentación del caso: Mujer de 35 años, Gesta 2 Partos 1 Abortos 0, con antecedentes de cesárea por parto prematuro y ruptura prematura de membranas, cursó un embarazo de 16 semanas y 6 días según fecha de última menstruación y ecografía precoz. Durante el control, se detectó un cuello uterino corto de 23 milímetros con presencia de funnel y sludge, se realizó un panel de ITS que resultó positivo para Chlamydia trachomatis, Ureaplasma y Mycoplasma, las cuales fueron tratadas con azitromicina. La paciente también presentó antígeno de superficie positivo para VHB, fue controlada por infectología. Posteriormente, se descartó el cuello corto con una ecografía que evidenció un cérvix de 29-30 milímetros sin funnel. Se manejó con reposo relativo, progesterona vaginal, y se inició tratamiento antiviral con Tenofovir. Además, se instituyeron medidas para el control del riesgo de preeclampsia. La evolución fue favorable, culminando con un parto vaginal a término y profilaxis adecuada del recién nacido para prevenir la transmisión vertical del virus.

Discusión y conclusiones: Las ITS durante el embarazo aumentan el riesgo de complicaciones como el parto prematuro. El diagnóstico precoz y tratamiento con azitromicina ayudan a reducir estos riesgos. La infección con VHB implica un riesgo elevado de transmisión vertical, por lo que con el Tenofovir se logró evitar. El manejo integral con controles obstétricos, uso de progesterona y profilaxis neonatal es clave para mejorar el pronóstico perinatal. Este caso destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario, la necesidad de educación sexual, tratamiento oportuno y la adherencia terapéutica para proteger la salud materno-fetal.

Palabras clave: Educación, Hepatitis, Infección, Parto, Prematurez, Transmisión

DE LA CEFALEA A LA CONVULSIÓN, BANDERAS ROJAS QUE NOS RECUERDAN EL DIAGNÓSTICO DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE ANTI-NMDA:

Autores: Carrasco Delgado Diego (1); Tamaya Cerda Martín (2), Martínez Venegas Javier (3), Aburto Bustos Carolina (4)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Yobilo, Coronel. (2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar San Felipe El Real, San Felipe (3) Médico General de Zona, Hospital San Antonio de Putaendo, Putaendo (4) Médico Cirujana, Centro de Salud Familiar Yobilo, Coronel

Introducción: La encefalitis por anticuerpos contra el receptor N-metil-D-aspartato (anti-NMDA) corresponde a una entidad autoinmune poco frecuente, cuyo diagnóstico ha aumentado en los últimos años gracias al desarrollo de pruebas serológicas y moleculares específicas. Se caracteriza por un curso clínico potencialmente grave, con manifestaciones que abarcan desde alteraciones conductuales y del nivel de conciencia hasta crisis epilépticas suprarefractarias1. Afecta predominantemente a mujeres jóvenes, y en hasta un 40% de los casos se asocia a procesos neoplásicos, especialmente teratomas ováricos2. A continuación, se presenta un caso clínico cuya manifestación inicial fue una cefalea recurrente interpretada inicialmente como migraña primaria

Presentación del caso: Paciente femenina de 40 años, sin antecedentes mórbidos y sin uso de anticonceptivos orales, consultó reiteradamente por cefalea hemicraneana izquierda pulsátil, acompañada de náuseas, fotofobia y fonofobia, con episodios de hasta tres horas de duración y pobre respuesta a tratamiento agudo. El cuadro fue inicialmente interpretado como migraña paroxística. Durante una nueva consulta en urgencias, presentó crisis convulsiva tónico-clónica generalizada con mordedura lingual, que cedió tras administración de benzodiacepinas. La tomografía computada cerebral sin contraste no evidenció lesiones agudas, motivo por el cual se hospitalizó bajo diagnóstico presuntivo de meningoencefalitis. El líquido cefalorraquídeo mostró aspecto claro, proteinorraquia de 69,6 mg/dL, glucorraquia de 46 mg/dL y pleocitosis con 64 leucocitos/mm³ (mononucleares 100%), con panel viral y bacteriano negativos. El electroencefalograma evidenció actividad epileptiforme interictal temporal media y anterior izquierda. Se inició tratamiento con metilprednisolona (1 g/día por cinco días) e inmunoglobulina intravenosa (30 g/día por cinco días), con buena respuesta clínica. Estudios extra-sistema confirmaron positividad de anticuerpos IgG anti-NMDA y negatividad para anti-MOG y NMO. Se completó tratamiento inmunosupresor con rituximab, previa hospitalización y premedicación. La paciente evolucionó favorablemente, permaneciendo sin recurrencias ni hallazgos neoplásicos asociados.

Discusión y conclusiones: Las cefaleas constituyen un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica; sin embargo, la identificación de signos de alarma y perfiles de riesgo es crucial para reconocer causas secundarias potencialmente graves3. Este caso resalta la importancia de considerar las encefalitis autoinmunes dentro del diagnóstico diferencial de cefaleas persistentes o atípicas, promoviendo una aproximación diagnóstica oportuna que puede impactar favorablemente en el pronóstico funcional del paciente.**Palabras clave:** CEFALEA ENFERMEDADES AUTOINMUNES DEL SISTEMA NERVIOSO RECEPTORES DE N-METIL-D-ASPARTATO

DE LA CERVICALGIA A LA EMERGENCIA NEUROENDOCRINA: DETECCIÓN PRECOZ DE APOPLEJÍA HIPOFISIARIA:

Autores: Sotomayor Barros Arturo (1); Cortés López Belén (1), Carvajal Calderon Carolina (2)
Afiliaciones: (1) Médico EDF, Hospital Familiar y Comunitario de Vilcún, Vilcún (2) Médico EDF, CESFAM Juan Antonio Ríos, Independencia

Introducción: La apoplejía hipofisiaria corresponde al cese de flujo sanguíneo en la hipófisis debido a infarto o hemorragia, habitualmente como complicación de un adenoma. Se presenta con cefalea intensa, compromiso de conciencia, alteraciones en oculomotilidad y campo visual, náuseas y vómitos. El diagnóstico se basa en la neuroimagen y requiere de manejo urgente con corticoides a dosis altas, corrección hidroelectrolítica y hormonoterapia, valorando la necesidad de descompresión quirúrgica en cada caso. Algunos factores predisponentes son: presencia de enfermedades cardiovasculares, embarazo, cirugías mayores y uso de fármacos (hormonoterapia, anticoagulantes o antiagregantes).

Presentación del caso: Paciente masculino de 64 años con antecedente de hernioplastía lumbar presenta cuadro de 3 días de cervicalgia posterior a la que luego se agregó cefalea frontal, decaimiento y episodio de incontinencia urinaria. Evolucionó con compromiso cualitativo de conciencia por lo que fue traído a urgencias por familiares. Al control de signos vitales normotenso, eucárdico, afebril, hemoglucotest 63 miligramos/decilitro. Exámen físico vigil, reactivo, llene capilar menor a 2 segundos, moteado en rodillas, ventilando espontáneamente, mutismo, pupila derecha midriática arrefléctica, miembros superiores en semiflexión con hipertonía bilateral, reflejos osteotendinosos normales simétricos. Se administró glucosa endovenosa logrando normoglicemia sin mejoría clínica y en reevaluación presentó ecolalia con hemianopsia temporal izquierda. En exámenes de laboratorio destacó hiponatremia 117 miliequivalentes/litro y tomografía computarizada de cerebro evidenció lesión selar sugerente de macroadenoma hipofisiario con focos hemorrágicos. Se administró solución salina hipertónica, hidrocortisona y se realizó una resonancia magnética cerebral confirmatoria tras lo cual se resecó lesión vía transesfenoidal endoscópica sin incidentes. Evolucionó favorablemente logrando remisión completa de síntomas y, posteriormente, se identificaron ejes endocrinos comprometidos indicándose terapia de sustitución hormonal. Se solicitó consentimiento informado a paciente para presentación de caso.

Discusión y conclusiones: Esta condición genera compresión del quiasma óptico y nervios craneales que transcurren en relación al seno cavernoso junto con alteración de ejes endocrinológicos, determinando desde síntomas agudos reversibles hasta la muerte. En el caso expuesto existieron distintos elementos cardinales de la condición. Sin embargo, plantea un desafío continuo debido a su infrecuencia, la presencia de síntomas inespecíficos que pueden ser interpretados bajo un diagnóstico diferente y que el retraso en su tratamiento puede ser letal.

Palabras clave: Apoplejía Hipofisaria, Enfermedades de la Hipófisis, Neurocirugía.

DE LA CONCOMITANCIA DE MIGRAÑA Y SINTOMATOLOGÍA NEUROLÓGICA: REPORTE DE CASO

Autores: Melissa Polett Orellana Guzmán; Derek Ulric Gützlaff Ilarzi Matías Patricio Ulloa Araus
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Comunitario Puerto Williams, Puerto Williams, Cabo de Hornos.

Introducción: Si bien las migrañas cursan típicamente con nauseas, vómitos, fotofobia y fonobia[1], existen presentaciones menos comunes con manifestaciones sensitivas o trastorno del lenguaje asociado, con frecuencia de características prodrómicas.[2] La migraña hemipléjica es un subtipo raro de migraña con aura caracterizado por debilidad motora unilateral[3], ocurriendo típicamente en la primera o segunda década de vida, siendo excepcional su debut en la mediana edad. Su presentación clínica simula eventos vasculares cerebrales, constituyendo un desafío diagnóstico, sobretodo en setting rural.

Presentación del caso: Paciente masculino de 43 años con antecedentes de tabaquismo, dislipidemia, obesidad y migraña con aura desde 2018. Consulta por cefalea ictal de rápida instauración asociada a vómitos de cinco horas de evolución. Al examen físico: paresia facial central derecha, fuerza M4 braquiocrural derecha, reflejo cocleo-palpebral indiferente a derecha e hipoestesia faciobraquiocrural derecha. NIHSS 4 puntos, Cincinnati 2/3. Laboratorio: glicemia 98 mg/dL, función renal normal, sodio 139 mEq/L, potasio 4 mEq/L, colesterol total 202 mg/dL, LDL 122 mg/dL, triglicéridos 250 mg/dL, troponinas 7,82. Electrocardiograma sin alteraciones isquémicas. En vista de los hallazgos y temporalidad del cuadro, paciente es derivado como accidente vascular, de etiología no precisada, fuera de ventana, a SU de centro derivador donde TC de cerebro no evidencia hemorragia asociada. RM cerebro protocolo stroke, no evidencia lesión isquémica aguda ni antigua. AngioTC cuello y cerebro, no demostró lesiones vasculares arteriales ni estenóticas que limitasen el flujo sanguíneo. Dado remisión completa de sintomatología, se egresa con diagnóstico de migraña acompañada.

Discusión y conclusiones: La migraña hemipléjica presenta mutaciones autosómicas dominantes en genes CACNA1A, ATP1A2 y SCN1A, causando despolarización cortical prolongada. Su similitud clínica con eventos vasculares agudos obliga a neuroimagen para descartar isquemia o hemorragia.[3,4,5] El manejo incluye modificación de hábitos de vida y betabloqueadores, evitando triptanes y ergotamínicos. Este caso destaca la importancia de considerar diagnósticos diferenciales neurológicos en pacientes con focalidad transitoria, especialmente cuando coexisten factores de riesgo cardiovascular. El abordaje multidisciplinario es fundamental para optimizar el manejo integral del paciente.

Palabras clave: Accidente Cerebrovascular, Cefalea, Migraña con Aura, Trastornos Migrañosos

DEBUT ATÍPICO DE POLICITEMIA VERA, CUANDO EL BAZO HABLA PRIMERO:

Autores: San Martín Aravena Camila (1).; Arrigo Alegría Lucas (1).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de salud familiar Michell Chandia Alarcón, Coihueco, Región Ñuble.

Introducción: El infarto esplénico es una causa infrecuente de dolor abdominal, de prevalencia baja y más común en pacientes <40 años con enfermedad hematológica subyacente, siendo fundamental un alto índice de sospecha para realizar un diagnóstico precoz y manejo adecuado o su derivación oportuna (ruralidad). Dentro de las enfermedades hematológicas destacan las neoplasias como leucemias y policitemia vera (PV).

Presentación del caso: Masculino de 65 años con antecedente de infarto agudo al miocardio antiguo, acudió a servicio de urgencia rural por dolor persistente en hemiabdomen superior de 7 días evolución asociado a distensión abdominal, sin fiebre, vómitos, síntomas urinarios, respiratorios ni transgresión alimentaria. Examen físico: hemodinamia estable, afebril, anictérico, dolor abdominal predominio hipocondrio izquierdo, sin visceromegalias palpables, con resistencia muscular en hipocondrio izquierdo. Exámenes de laboratorio: Hematocrito 54.3%, Hemoglobina 18.1 mg/dL, hoja hepática dentro de rango normal. Se derivó a Hospital Chillán, se realizó escáner de abdomen-pelvis con contraste (TAC AP c/c) que evidenció foco de infarto esplénico sugerente trombosis vena esplénica, por ello se hospitalizó para monitorización y manejo. Se efectuó colonoscopía, endoscopía digestiva alta (EDA), marcadores inmunológicos-genéticos, sin alteraciones, pero con biopsia de médula ósea (BMO) positiva para policitemia vera, se inició tratamiento con rivaroxabán e hidroxicarbamida con controles seriados por hematología. Se realizó firma de consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: El infarto esplénico, pese a su baja prevalencia, representa un desafío diagnóstico por su clínica inespecífica, sobre todo en contexto rural y sin algoritmos estandarizados. Actualmente, es controversial el rol de los estudios invasivos (laparotomía exploratoria) frente al uso de TAC AP c/c especialmente en casos atípicos, siendo éste el gold estándar. El manejo terapéutico varía según la etiología, el debut de PV con trombosis se presenta en 7% casos, por ello genera debate el inicio conjunto de anticoagulación y citorreductores como la hidroxicarbamida. Este caso ayuda a destacar la importancia del índice de sospecha precoz en casos de dolor abdominal inespecífico, integrando criterios hematológicos y marcadores genéticos-inmunológicos en pacientes de riesgo, reforzando la derivación oportuna a centros mayor complejidad y el manejo multidisciplinario oportuno de la causa subyacente para reducir nuevas complicaciones que inclusive pueden ser fatales.

Palabras clave: Infarto esplénico, Policitemia vera, Trombosis.

DEBUT DE ARTRITIS REUMATOIDE EN ADULTO MAYOR CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Betancur Caro Álvaro (1); Cabeza Yáñez Francisca (2); Sandoval Barrueto Renato Ignacio
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Raúl Brañes Farmer, San Bernardo. (2) Médico General de Zona, CESFAM Santa Laura, El Bosque, Santiago.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, inflamatoria, sistémica, más frecuente en mujeres que en hombres, caracterizada por sinovitis proliferativa que provoca erosión ósea y destrucción del cartílago articular. Clínicamente se manifiesta como poliartritis simétrica de pequeñas y grandes articulaciones con dolor y rigidez matinal. También puede presentar alteraciones cutáneas, oculares, pulmonares, cardiovasculares y hematológicas provocando discapacidad y aumento del riesgo cardiovascular.

Presentación del caso: Usuario masculino de 66 años, con antecedente de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) oxígeno dependiente de reciente diagnóstico manejado con fluticasona/salmeterol y bromuro de ipratropio. Consulta por cuadro de 4 meses de evolución caracterizado por dolor articular localizado en articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales, muñecas, codos, hombros y rodillas, asociado a rigidez matinal mayor a 1 hora, fatiga, adinamia y pérdida de peso de 12 kg con disminución progresiva de actividades básicas de la vida diaria. Al examen físico facie álgica, no lúpica, murmullo pulmonar disminuido globalmente con crépitos gruesos bilaterales, deformidad en cuello de cisne en mano izquierda, movilidad y rango disminuido con sinovitis de articulación metacarpofalángica, interfalángica proximal bilateral. En exámenes destacó: factor reumatoideo 636 UI/mL, VHS 102 mm/h, PCR 62 mg/L, anemia 9,9 g/dL, Hto 32,1%, frotis con rouleaux abundante. Tomografía de tórax con hallazgos de enfisema mediastínico difuso de predominio en ápices, reticulación gruesa subpleural y patrón de vidrio esmerilado moderado. Se calcularon criterios ACR/EULAR con 8 puntos y se solicitó evaluación prioritaria por sospecha de AR con deformidad articular establecida para inicio de fármacos modificadores de enfermedad. A la espera de evaluación se inició tratamiento con paracetamol, celecoxib, prednisona y omeprazol.

Discusión y conclusiones: La AR debe sospecharse ante poliartritis simétrica y rigidez matinal prolongada; si bien su presentación es más frecuente en mujeres, este caso remarca la necesidad de no subdiagnosticarla en varones. La EPI es una manifestación extraarticular relevante en AR que provoca deterioro marcado de la funcionalidad. En atención primaria se sugiere realizar derivación temprana ante la sospecha clínica, solicitando exámenes disponibles tales como hemograma, VHS, PCR, factor reumatoideo, radiografía de manos. Además de indicar cambios de estilo de vida, cese del tabaquismo, vacunación anual e identificación de comorbilidades cardiovasculares por la morbimortalidad cardiovascular asociada.

Palabras clave: Artritis reumatoide, Enfermedades autoinmunes, Enfermedades pulmonares intersticiales

DEBUT DE MIASTENIA GRAVIS EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Autores: Torres Piviri, Yazzmín (1); Tapia Alarcón, Melissa (1) Rivero Feldmeier, Genesis (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de zona, CESFAM Marcos Macuada Ogalde, Ovalle, Coquimbo. (2) Médico General APS, CESFAM Marcos Macuada Ogalde, Ovalle, Coquimbo.

Introducción: La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad degenerativa crónica y progresiva asociada con la pérdida de neuronas dopaminérgicas principalmente de la sustancia negra y el cuerpo estriado, en la que se altera el equilibrio entre los neurotransmisores de dopamina y acetilcolina. Se caracteriza por temblores en reposo, rigidez muscular, bradicinesia e inestabilidad postural. La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune adquirida, mediada por células B, asociada con anticuerpos que se dirigen contra el receptor de acetilcolina en la membrana postsináptica en la unión neuromuscular. Se asocia con debilidad y fatiga parcial o total del músculo esquelético. La coexistencia de EP y MG es un fenómeno inusual ya que difieren en sus características etiológicas y patológicas. Comparten algunos síntomas clínicos similares, que pueden superponerse y generar ambigüedad diagnóstica, siendo el diagnóstico más desafiante.

Presentación del caso: Masculino de 63 años, con diagnóstico de EP, en tratamiento y control con Levodopa. En mayo 2025 consulta con neurólogo por ptosis y pérdida de fuerza de sostén cefálico leve. Se realiza test de estimulación repetitiva facial alterado concordante con patrón de disfunción de unión neuromuscular; fibra única de músculo frontalis bilateral que evidencia defectos en la transmisión neuromuscular. Se realiza TAC de tórax con contraste que descarta timoma, TAC de cerebro sin lesiones. Dado lo anterior se confirma diagnóstico de MG, se disminuye progresivamente levodopa y se inicia paulatinamente piridostigmina con respuesta insatisfactoria. Desde el punto de vista motor, presenta debilidad generalizada, de musculatura cervical y dificultad respiratoria, siendo derivado a urgencias del Hospital de Ovalle, donde se confirma diagnóstico de EP asociado a crisis de MG. Paciente con buena respuesta a reinicio de levodopa asociado a terapia con corticoides e inmunoglobulinas. Se deriva a APS. Por las consideramos éticas del caso, se obtiene consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: Si bien la EP asociada a MG es poco frecuente, es necesario considerar la posibilidad de que un paciente con EP presente MG comórbida. El mecanismo subyacente de la EP y la MG comorbida aún se desconoce, pero es probable que un desequilibrio entre los neurotransmisores dopamina, acetilcolina y el sistema inmunitario desempeñe un papel importante en la patogénesis.

Palabras clave: Comorbilidad, Enfermedad de parkinson, Miastenia Gravis.

DEBUT HIPERTENSIÓN ARTERIAL MALIGNA EN PACIENTE FEMENINA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Villarroel Carvajal Brayan Andrés (1); Cáceres Ibacache Paula Andrea (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Jorge Jordan Domic, Ovalle

Introducción: La hipertensión arterial maligna (HTAM) es una enfermedad poco frecuente, con daño de órganos blancos y aumento de morbimortalidad. Se caracteriza por una gran elevación de la presión arterial (PA), la cual genera afectación en retinas con exudado, hemorragias y/o papiledema, además de daño multiorgánico, principalmente renal.

Presentación del caso: Femenina de 31 años, sin antecedentes y cuadro de 2 meses con cefalea, tos, astenia, fiebre ocasional hasta los 38.6°C. Consulta por disminución de funcionalidad asociado a poliuria y tos hemoptoica. Al examen destaca una PA de 261/153 mmHg, edema de extremidades inferiores, con baja respuesta a labetalol endovenoso. Estudio inicial destaca, creatininemia 7.14 mg/dL, uremia 152 mg/dL, orina completa (OC) no inflamatoria. Se ingresa a unidad de paciente crítico para manejo y evaluación de eventual reemplazo renal (RR). Estudios secundarios destaca escáner tórax con edema pulmonar, ecografía renal sin alteración, proteninuria 2.4 gramos en 24 horas, OC sin alteración, Anticuerpos ANCA, ANA, ASA, ENA, Anti-DNA, Anti-MBG negativos, complemento normal. Fondo de ojos (FO) con signos de retinopatía hipertensiva. En este contexto se plantea debut de HTAM primaria, se inician antihipertensivos múltiples con buena respuesta clínica, se confirmó diagnóstico mediante biopsia renal.

Discusión y conclusiones: La HTAM es una patología que depende del diagnóstico precoz, donde toma gran relevancia el FO oportuno, teniendo un impacto directo en el infradiagnóstico y con el aumento de morbimortalidad. Es fundamental reconocer que el tratamiento se basa en el bloqueo del eje renina angiotensina aldosterona.

Palabras clave: Hipertensión Maligna, Presión Arterial, Riñón

DEBUT PRIMER BROTE PSICÓTICO EN ADOLESCENTE, ABORDAJE DIAGNÓSTICO

Autores: Naranjo Tobar Ignacio (1); Cabeza Yáñez Francisca (1); Betancur Caro Álvaro Ignacio (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Santa Laura, El Bosque, Santiago (2) Médico General de Zona, CESFAM Raúl Brañes Farmer, San Bernardo, Santiago

Introducción: La psicosis corresponde a un estado de desconexión con la realidad que puede estar asociada a enfermedades orgánicas y/o psiquiátricas. Dentro de estas últimas la más grave es la esquizofrenia por su curso deteriorante e incapacitante si no se realiza un diagnóstico precoz. Esta enfermedad comienza en un 75% entre los 15 y 35 años, con similar prevalencia entre hombres y mujeres, puede debutar con la presentación de un brote psicótico agudo que puede recuperarse, recurrir o permanecer de forma crónica. Es importante diferenciarlo de otros trastornos psicóticos que pueden tener una clínica muy similar. En Chile el diagnóstico se realiza según los criterios definidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10) y corresponde a una patología con garantías explícitas en salud (GES).

Presentación del caso: Se presenta caso de adolescente femenina de 16 años, sin antecedentes mórbidos ni psiquiátricos personales o familiares conocidos, quien inicia con síntomas ansiosos y de bajo ánimo luego de cambio de colegio resultando en inasistencia escolar. En extrasistema se iniciaron antidepresivos y psicoterapia. Acude a atención primaria de salud (APS) por empeoramiento de síntomas ansiosos, aplanamiento afectivo, irritabilidad, estado hiperalerta con marcada deprivación de sueño, conducta extravagante y desorganizada (mirada perdida, postura corporal catatónica), dificultad para organizar el pensamiento y el habla, ideas delirantes de autorreferencia, delirio de perjuicio y de persecución, sin alucinaciones visuales ni auditivas reconocidas, con muy baja funcionalidad y riesgo suicida extremo. En historia clínica sin antecedente de consumo de drogas, contaba con hemograma, perfil tiroideo y bioquímico normal. Por riesgo suicida se derivó a servicio de urgencia por sospecha de primer episodio psicótico, familiares rechazaron derivación. Se iniciaron antipsicóticos y se derivó a centro de salud mental infanto-juvenil por sospecha de primer brote esquizofrénico. Se solicitó consentimiento para este trabajo.

Discusión y conclusiones: La variabilidad sintomática de la esquizofrenia representa uno de los principales desafíos para un diagnóstico y tratamiento multidisciplinario precoz. Si bien no toda psicosis es esquizofrenia debe tenerse como diagnóstico diferencial pues en nuestro país es una patología GES. Es labor del médico general, como puerta de entrada en APS, sospechar esta enfermedad y derivar oportunamente al especialista.

Palabras clave: Esquizofrenia, Delirio, Trastornos psicóticos

DEGENERACIÓN COMBINADA SUBAGUDA, UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LA DEFICIENCIA DE VITAMINA B12. A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Meyer Muñoz Rocío (1); Nicolai Manaut Juan (1) Olivares Álvarez Rodrigo (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Corral, Corral

Introducción: La degeneración combinada subaguda (DCA) es una complicación neurológica de la deficiencia de vitamina B12, que se caracteriza por la desmielinización y degeneración difusa de la sustancia blanca de los cordones posteriores y laterales de la médula espinal. Está asociada frecuentemente a la anemia perniciosa, un tipo de anemia megaloblástica causada por una gastritis atrófica autoinmune. Otros factores de riesgo son la cirugía gástrica (cirugía bariátrica o gastrectomía por cáncer), vegetarianismo estricto, uso crónico de inhibidores de la bomba de protones y Metformina, pancreatitis crónica, enfermedad de Crohn y celiaquía, entre otras.

Presentación del caso: Paciente femenino de 76 años con antecedente de cáncer de ovario de alto grado, previamente autovalente, consulta en urgencias por cuadro de 1 mes de evolución de disminución progresiva de la fuerza de extremidades inferiores, parestesias, incapacidad para la bipedestación y marcha que progresa hacia la postración. Es derivada para estudio por sospecha de compresión medular por antecedente oncológico. Ingresó con dolor de tronco, reflejos osteotendíneos simétricos, trastorno sensitivo difuso y fuerza conservada en reposo. En resonancia magnética se pesquisa una degeneración combinada subaguda de cordones posteriores cervicodorsales; se descartan lesiones compresivas. Se pesquisó nivel de vitamina B12 <100 pg/mL, hemograma con anemia megaloblástica, estudio autoimmune negativo. Se tomó endoscopía digestiva alta que descartó gastritis atrófica. Inicia tratamiento con cianocobalamina intramuscular, con recuperación progresiva de la marcha.

Discusión y conclusiones: Las manifestaciones clínicas de la DCA se presentan en su mayoría acompañadas de anemia megaloblástica. Inicialmente cursa con parestesias en manos y pies, seguido de alteración en la propiocepción, con inestabilidad de la marcha y debilidad de extremidades inferiores. Si la enfermedad permanece sin tratamiento, progresa a la paraparesia espástica con ataxia. La importancia de conocer esta patología es que es una condición reversible y con un pronóstico favorable si es tratada a tiempo. La respuesta clínica es inversamente proporcional a la magnitud y duración de la enfermedad. El tratamiento se realiza con la suplementación de cianocobalamina vía intramuscular, inicialmente diaria por una semana, luego semanal por un mes y mensual de por vida. Los síntomas generalmente mejoran drásticamente con el inicio del tratamiento.

Palabras clave: Anemia, degeneración combinada subaguda, vitamina B12.

DEL DEBUT DE EPILEPSIA FOCAL TEMPORAL DE ETIOLOGÍA MIXTA TRAS CONTUSIÓN CRANEAL: REPORTE DE CASO

Autores: Derek Ulric Gützlaff Ilarzi; Melissa Polett Orellana Guzmán Matías Patricio Ulloa Araus
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Comunitario Puerto Williams, Puerto Williams, Cabo de Hornos.

Introducción: El traumatismo craneoencefálico puede desencadenar epilepsia postraumática[1], especialmente con lesiones estructurales coexistentes. La epilepsia focal temporal es una entidad rara caracterizada por alteraciones cognitivas, amnesia y síntomas neuropsiquiátricos[2]. El diagnóstico diferencial incluye intoxicación por sustancias, lesiones estructurales y trastornos metabólicos.

Presentación del caso: Paciente masculino de 23 años, sin antecedentes mórbidos, con padre portador de epilepsia. Presenta tres episodios de alteración de conciencia en diez días, iniciándose posterior a traumatismo craneoencefálico. Primer episodio (20/07/2025): Posterior a consumo de alcohol, usuario encontrado desorientado en vía pública, amnésico, refiriendo caída con golpe cefálico. Examen físico: GCS 15/15, desorientación temporoespacial, dolor a palpación en región temporal derecha, pupilas reactivas con tendencia a midriasis. En Hospital Clínico de Magallanes (HCM): toxicológico positivo para THC, TAC cerebral con quiste aracnoideo temporal izquierdo, electroencefalograma normal, rabdomiólisis leve (CK 14975). Diagnóstico inicial: síndrome confusional transitorio en contexto de policonsumo y traumatismo craneoencefálico. Segundo episodio (30/07/2025): A diez días del trauma inicial, nuevo episodio con extravío de tres horas. Usuario niega consumo de sustancias. Examen: hipoestesia faciobraquicrural derecha, temblor distal en extremidad superior derecha, desorientación temporoespacial, prosopagnosia, GCS 15/15, sin paresia. Hemoglucotest 90 mg/dL. Tercer episodio (31/07/2025): Persiste desorientación, amnesia reciente y prosopagnosia. Se coordina con neurología para resonancia magnética cerebral con protocolo epilepsia y electroencefalograma con privación parcial de sueño, diagnosticándose epilepsia focal temporal atípica por equipo de neurología HCM

Discusión y conclusiones: La concomitancia del consumo previo de THC, el traumatismo y el cuadro epileptiforme al ingreso ponen de manifiesto la complejidad diagnóstica de epilepsia postraumática. El traumatismo temporal derecho, el quiste aracnoideo izquierdo y antecedente familiar de epilepsia configuran etiología mixta para epilepsia focal temporal. La recurrencia de síntomas focales (hipoestesia faciobraquiocrural derecha, temblor unilateral, prosopagnosia) sin consumo de sustancias refuerza origen epiléptico. El quiste aracnoideo puede actuar como foco epileptógeno tras evento traumático que modifique umbral convulsivo. Es fundamental considerar epilepsia postraumática[3] en alteraciones de conciencia recurrentes post-traumatismo craneoencefálico, aun con factores confundentes como consumo de sustancias.

Palabras clave: Epilepsia Focal, Epilepsia Postraumática, TEC, THC

DEL RIESGO AL BENEFICIO: uso juicioso del clonazepam en una parasomnia de alto impacto.

Autores: Guzmán Morales Gonzalo (1); Aguilar Danon Javiera (1), Oportus Molina Isidora (1), Silva Núñez Sofía (2).
Afiliaciones: (1) Médico EDF CESFAM El Monte (2) Médico general CESFAM El Monte

Introducción: El trastorno de conducta del sueño REM (TCSR) es una parasomnia caracterizada por la pérdida de atonía muscular durante el sueño REM, lo que permite actuar sueños con contenido violento o disruptivo. Esto afecta significativamente la calidad de vida del paciente y su pareja. Las benzodiacepinas son el eje del tratamiento, lo cual se contrapone con la tendencia de la evidencia geriátrica sobre los riesgos de estos medicamentos en el adulto mayor.

Presentación del caso: Paciente masculino de 76 años, hipertenso, consulta por cuadro de tres años de evolución con pesadillas recurrentes, somnolencia diurna y disfunción marital, debido a episodios donde golpea e insulta a su cónyuge durante el sueño. Esto llevó a dormir en camas separadas. El tratamiento previo con zopiclona fue inefectivo. Se inició manejo progresivo con higiene del sueño, melatonina (hasta 6 mg) y clonazepam (hasta 3 mg), logrando resolución completa de los episodios y mejora de la dinámica conyugal.

Discusión y conclusiones: El uso indiscriminado de clonazepam es frecuente en adultos mayores y se asocia a deterioro cognitivo, caídas y dependencia. En Chile, figura entre las benzodiacepinas más prescritas, y un 5,8% de los mayores de 65 años reporta uso sin indicación médica. Sin embargo, en el TCSR, el clonazepam constituye el tratamiento de primera línea, con tasas de respuesta clínica cercanas al 90%. Este caso ejemplifica un uso legítimo, eficaz y funcional, contrastando con su uso habitual en trastornos inespecíficos del sueño.

Palabras clave: Adulto mayor, Benzodiacepinas, Clonazepam, Parasomnia, Trastorno de conducta del sueño REM.

DERMATITIS LIQUENOIDE, PRESENTACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Vidal Rojas Catalina (1); Urrutia Córdova Sebastián (2) Duque Saavedra Ignacio (2)
Afiliaciones: (1) Médico EDF Cesfam Federico Thieme, Perquenco. (2) Médico General, Hospital Abraham Godoy Peña, Lautaro.

Introducción: La dermatitis liquenoide o de interfase, es un término utilizado para describir un patrón inflamatorio histológico caracterizado por daño a queratinocitos basales en epidermis, degeneración vacuolar e infiltración linfocitaria en dermis superficial. Se presenta típicamente como liquen plano: pápulas escamosas poligonales violáceas pruriginosas sobre las caras de extensión de los miembros. Se puede asociar a compromiso de mucosas y suelen durar doce meses resolviendo de manera espontánea con hiperpigmentación residual. Este tipo de reacción puede asociarse enfermedades sistémicas como lupus, dermatomiositis, tiroiditis de Hashimoto, inmunodeficiencias, neoplasias, entre otras o ser inducida por drogas.

Presentación del caso: Mujer de 63 años, con antecedente de hipertensión arterial e hipotiroidismo, se presenta a servicio de urgencias por eritema diseminado en cara, torso, abdomen y extremidades de seis meses de evolución asociado a alopecia y poliartralgias. Al examen físico destaca múltiples placas eritematovioláceas confluentes en cara, tórax, abdomen, dorso y extremidades asociado a signos de grataje. Se inicia tratamiento con corticoides orales y tópicos con regular respuesta. Estudio de laboratorio revela Anticuerpos antinucleares (ANA) (+) título 1/160, anticuerpos anti antígenos nucleares extraíbles y anti ácido desoxirribonucleico (DNA) negativos, complementos c3 y c4 valores normales. La biopsia reveló dermatitis liquenoide.

Discusión y conclusiones: La dermatosis liquenoide es una patología dermatológica crónica frecuente que se observa mayormente en la adultez media, sin predominio étnico. Si bien su etiología se desconoce, la citotocixidad celular se considera un mecanismo importante en su patogénesis, siento esta precipitada por factores tales como traumatismos mecánicos, fármacos, sensibilidad de contacto, y agentes infecciosos. Se debe realizar una entrevista detallada y examinación completa de piel y mucosas, incluyendo uñas y cuero cabelludo al enfrentarse a esta condición clínica. Se deben incluir además, estudios serológicos en caso de sospechar una enfermedad inmunológica y biopsia cutánea para confirmar el diagnostico. Dentro de los tratamientos de primera línea se encuentran los corticoides locales y/o sistémicos en casos más graves, emolientes y antihistamínicos. De segunda línea retinoides tópicos y fototerapia (2). Es una condición en la que se requiere alto índice de sospecha y derivación precoz a especialidad para realizar estudios adicionales.

Palabras clave: Alergia e Inmunología, Dermatitis, Liquen Plano.

DERMATOSIS PERFORANTE ADQUIRIDA, UNA PATOLOGÍA DE ALTO IMPACTO EN CALIDAD DE VIDA CON AÚN MUCHO POR DESCUBRIR. REPORTE DE CASO:

Autores: Romero Sanchez Valeria (1); Rubio Soto Maximiliano (2), Navarro Rojas Juan (3), Neira Rojas Alexis (4)
Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, CESFAM Quilaco, Quilaco (2) Médico General de Zona, CESFAM Cerro Alto, Constitución (3) Médico General de Zona, Hospital Makewe, Padre las casas. (4) Médica Cirujana, CESFAM Constitución, Constitución.

Introducción: La dermatosis perforante adquirida (DPA) es una enfermedad infrecuente (2.5 casos por 100,000 habitantes) caracterizada por lesiones con eliminación transepidérmica de colágeno o fibras elásticas. Una de sus presentaciones, la colagenosis perforante reactiva adquirida (CPRA), está frecuentemente asociada a diabetes mellitus y a enfermedades renales, como también a otras enfermedades sistémicas, y se caracteriza por presentar prurito intenso como síntoma cardinal. En pacientes de hemodiálisis, las DPA pueden observarse en el 10 al 12% de los casos. Se presentan como múltiples pápulas umbilicadas hiperpigmentadas y nódulos con un tapón central queratósico. Su principal ubicación son superficies extensoras de las piernas, pero también brazos, cabeza y cuello.

Presentación del caso: Paciente femenina de 67 años con antecedentes de Diabetes mellitus 2 insulino requiriente, Enfermedad renal crónica estadio V en hemodiálisis trisemanal, hipotiroidismo, hipertensión arterial y enfermedad severa de 3 vasos operada en 2021. Consulta por prurito intenso asociado a lesiones de 45 días de evolución en cara extensora de pierna derecha y tobillo izquierdo, aparición espontánea, que inician como pápulas eritematosas intensas y evolucionan a ampollas hiperpigmentadas de mayor tamaño que tras grataje y rotura develan lesiones ulceradas con fondo necrótico de hasta 0,5 cm de profundidad y diámetros variables de hasta 2.5cm. Se presenta caso vía Hospital Digital a Dermatólogo quien sugiere diagnóstico de dermatosis perforante adquirida la cual se confirma posteriormente con estudio histopatológico que informa, entre otras cosas, haces de colágeno de disposición vertical en fondo de la úlcera, característico de la CPRA. Se indicaron antihistamínicos orales y clobetasol 0,05% con respuesta parcial a 2 meses de seguimiento.

Discusión y conclusiones: La patogénesis precisa de CPRA es aún desconocida y su tratamiento no es siempre satisfactorio. Se han intentado múltiples opciones terapéuticas (corticoides tópicos, retinoides, queratolíticos, antihistamínicos, crioterapia, fototerapia, etc) todas con distintos grados de éxito, por lo que el manejo del prurito y el control de las enfermedades de base se han considerado como los pilares de la terapia. Sin embargo, al tratarse de patologías crónicas de estadíos avanzados y difícil compensación, es fundamental la exposición de éstos casos para seguir ampliando su estudio y así evaluar nuevas opciones terapéuticas.

Palabras clave: Colágeno, Dermatosis de la pierna, Insuficiencia renal crónica.

DERMATOSIS POR DEPÓSITO GRANULAR DE C3: UN SIMULADOR CLÍNICO COMPLEJO Y REFRACTARIO CON COEXISTENCIA DE FACTORES ATÓPICOS, ALÉRGICOS Y AUTOINMUNES

Autores: Rojas Erazo, Camilo Omar (1); Bittner Solis, John Michael Sebastian (2)
Afiliaciones: (1) Jefe Unidad Clínica de Dermatología e ITS, Hospital Puerto Montt, Jefe de departamento especialidades medicoquirurgicas, Universidad San Sebastián, sede Patagonia. (2) Interno de medicina, Universidad San Sebastián, Sede de La Patagonia.

Introducción: La Dermatosis por Depósito Granular de C3 (DGC3) es una entidad rara, definida por la inmunofluorescencia directa (IFD). Reportamos un caso de fenotipo eczematoso atípico, cuyo diagnóstico fue excepcionalmente difícil por la coexistencia de múltiples factores etiológicos y la similitud clínica con un Lupus Subagudo

Presentación del caso: Mujer de 26 años con historia de Dermatitis Atópica desde los 7 años, consulta por cuadro de 1 mes de lesiones refractarias a corticoides tópicos y sistémicos, al examen físico con lesiones eczematosas, pruriginosas y liquidificadas. Se interpretó como dermatitis aguda con prick test positivo para ácaros y test de parche positivo para Níquel. Tras la aparición de una lesión tipo mariposa lúpica se decide su biopsia, la cual mostro: “dermatitis crónica espondilótica superficial, focos supurados intraepidérmicos y leves infiltrado superficiales de linfocitos, neutrofilos y eosinofilos”. A la IFD con depósitos granulares de C3 en membrana basal. La serología no orientaba a Lupus eritematoso sistémico (ANA negativo, C3 y C4 normales). El tratamiento inicial con Hidroxicloroquina (HCQ) oral e Hidrocortisona tópica mejoró las lesiones, pero la HCQ debió suspenderse por reacciones adversas de tipo gastrointestinal, tras lo cual las lesiones no sufrieron especial reactivación, alejando aún más la posibilidad de fotosensibilidad lúpica. La paciente evolucionó favorablemente con tendencia a la mejoría de la mayoría de sus lesiones, manteniéndose en tratamiento y seguimiento por la unidad.

Discusión y conclusiones: El caso subraya la dificultad diagnóstica de este caso de DGC3, la cual típicamente presenta un fenotipo ampollar. El diagnóstico fue complejo por el comportamiento clínico, sumado a los hallazgos de laboratorio, histopatológicos e inmunológicos confusos. A pesar de la mejoría inicial, el retiro de la HCQ por RAM GI impide determinar con certeza su rol principal como agente terapéutico. Si bien la literatura menciona a la dapsona como un tratamiento efectivo para esta patología. Este se indicaba motivado por su presentación clásica de fenotipo ampollar. Tras evaluación del riesgo/beneficio, se desestimó su indicación dado remisión parcial incluso tras la suspensión de hidroxicloroquina y exposición solar. Este trabajo cumple con todos los criterios JBI y se otorgó conocimiento informado

Palabras clave: Eccema, Lupus Eritematoso Cutáneo, Complemento C3, Membrana Basal, Técnica del Anticuerpo Fluorescente

DERMATOSIS PURPÚRICA PIGMENTADA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Bravo Piñones Bárbara (1).; González Cortés Pablo (1), Calderon Pollack Nicole (2), Gárate Cortez Macarena (3).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Trinidad, La Florida, Santiago, Chile. (2) Interno Medicina Universidad Mayor, Santiago, Chile. (3) Interno Medicina Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile.

Introducción: La dermatosis purpúrica pigmentada (DPP) corresponde a un grupo de patologías cutáneas crónicas benignas, caracterizadas por la presencia de máculas purpúricas, petequias e hiperpigmentación marrón-rojiza, predominantemente en extremidades inferiores. Afecta principalmente a adultos edad media, con predilección por el sexo masculino. Histológicamente, se caracteriza típicamente por infiltrado linfocítico perivascular, extravasación de glóbulos rojos y hemosiderina hacia la dermis superficial, sin vasculitis. Su etiología es aún desconocida, en la mayoría de los casos no se logra determinar un agente causal evidente, se cree que influyen múltiples factores en su aparición, como el ejercicio físico, la insuficiencia venosa, ciertos medicamentos y/o trastornos crónicos subyacentes. Clínicamente, las lesiones suelen ser asintomáticas, pero pueden asociarse a prurito. El tratamiento es sintomático, orientado a identificar factores desencadenantes, mejorar la circulación venosa y emplear terapias tópicas o sistémicas según la severidad del cuadro, considerando el riesgo/beneficio de estas.

Presentación del caso: Presentación del caso clínico: Paciente masculino de 69 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e hipotiroidismo. Consulta por aparición de placa eritemato-violácea, de 4.5 x 7 cm, brillante, de bordes bien definidos, superficie descamativa fina y que blanquea a la digitopresión. Al interrogatorio dirigido, destaca prurito ocasional, sin signos sugerentes de malignidad. Se realiza interconsulta con Dermatología a través de Hospital Digital quienes determinan cuadro compatible con DPP.

Discusión y conclusiones: La DPP es una entidad cutánea benigna, crónica y presentación clínica polimorfa. Las lesiones se evidencian frecuentemente en las extremidades inferiores. El diagnóstico diferencial incluye vasculitis, púrpura trombocitopénica, hemorragias por fragilidad capilar, siendo la histopatología clave para su confirmación y exclusión de otras etiologías. En este contexto, el hallazgo anatomopatológico de extravasación eritrocitaria, depósitos de hemosiderina, sin vasculitis leucocitoclástica ni daño endotelial orientan el diagnóstico. El abordaje terapéutico debe ser individualizado, con una oportuna identificación y manejo de los factores desencadenantes, apoyo sintomático y seguimiento por el especialista, lo que resulta fundamental para un manejo completo y la prevención de futuras recurrencias. El conocimiento de esta patología y tenerla presente como opción diagnóstica resulta útil al momento de considerar los diagnósticos diferenciales que debe realizar el médico general.

Palabras clave: Dermatosis purpúrica pigmentada (DPP), Extravasación, Hiperpigmentación.

DERRAME Y ENGROSAMIENTO PLEURAL EN TRABAJADOR DE INDUSTRIA FERROVIARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Vargas Melo María (1); Labrín Navarrete Hugo (1), Robles Miranda David (1), Cabeza Hernández Cristián (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Curacautín, Curacautín, La Araucanía.

Introducción: El derrame pleural es la acumulación anormal de líquido en la cavidad pleural, clasificado como trasudado o exudado según sus características. Entre los exudados, destaca el de origen neoplásico, secundario a metástasis, frecuentemente por cáncer de pulmón, o a un tumor pleural primario. Suelen ser derrames de gran volumen y el diagnóstico se certifica por citológico del líquido pleural o biopsia. Su estudio dirigido como diagnóstico diferencial adquiere especial relevancia en pacientes con antecedentes laborales de exposición a agentes carcinogénicos, como en la industria ferroviaria, donde el contacto con asbesto aumenta el riesgo de patología pleuropulmonar maligna.

Presentación del caso: Paciente masculino de 82 años con antecedente de trabajo en industria ferroviaria por 40 años, consulta en servicio de urgencias por 3 semanas de disnea de mínimos esfuerzos que progresa hasta hacerse de reposo, compromiso del estado general y baja de peso de 8 kg. Al examen físico destaca en regulares condiciones generales, taquipneico, saturación 88% ambiental y con murmullo pulmonar abolido a derecha. Se estudia con scanner de tórax que evidencia derrame pleural masivo a derecha, asociado a engrosamiento nodular de la pleura parietal y visceral ipsilateral, con lesiones de hasta 5 cm parcialmente coalescentes, muy sugerente de mesotelioma. Se realiza toracocentesis que evidencia exudado mononuclear y se instala pleurostomía dando salida a 200 cc en las primeras 24 horas. Paciente evoluciona con rápida disminución de la disnea y los requerimientos de oxígeno. Posteriormente se realiza biopsia pleural con pleurodesis por videotoracoscopía sin incidentes. Durante hospitalización paciente se mantiene sin disnea, sin dolor y con radiografía de control que confirma re expansión pulmonar completa por lo que se da de alta. Se realiza reevaluación ambulatoria del paciente con biopsia que confirma mesotelioma y se deriva a comité oncológico para continuar estudio y tratamiento.

Discusión y conclusiones: El mesotelioma maligno es una neoplasia primaria de la pleura que suele presentarse de forma insidiosa con síntomas no específicos asociados a derrame y engrosamiento pleural. Debe buscarse dirigidamente en pacientes con exposición a asbesto, principalmente por exposición laboral en industrias como la ferroviaria.

Palabras clave: Derrame Pleural, Neoplasia Pleural, Exposición Laboral, Asbesto

DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE PENFIGOIDE AMPOLLOSO EN ADULTO MAYOR CON POLIFARMACIA Y DEMENCIA, REPORTE DE CASO:

Autores: Muñoz González Cristián (1); Aravena Traipi Laura (3), Alvear Violic Matías (2), Mercado Ávalos María (2)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Salvador Allende Gossens, Tierra Amarilla. (2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Paipote, Copiapó. (3) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Atacama, Copiapó.

Introducción: El penfigoide ampolloso (PA) es la enfermedad ampollosa autoinmune más frecuente en el adulto mayor. Su diagnóstico puede ser complejo en pacientes con deterioro cognitivo o múltiples comorbilidades, donde las lesiones cutáneas suelen confundirse con reacciones medicamentosas o dermatitis. La detección precoz y derivación oportuna desde la atención primaria son fundamentales para prevenir complicaciones.

Presentación del caso: Femenina de 79 años, con hipertensión, diabetes, hipotiroidismo, gonartrosis y enfermedad de Alzheimer, en tratamiento con múltiples fármacos. Durante la visita domiciliaria integral, familiar consultó por aparición progresiva de lesiones cutáneas pruriginosas que evolucionan a placas eritematosas con ampollas tensas de contenido seroso en tronco y extremidades, sin compromiso mucoso. Se sospechó PA y se derivó al Servicio de Urgencias para eventual biopsia con inmunofluorescencia directa. Durante la hospitalización, las lesiones se confirmaron clínicamente como compatibles con PA (Nikolsky negativo, ampollas tensas, eosinofilia 22%). Se inició prednisona 60 mg/día con profilaxis gástrica y ósea, además de clobetasol tópico y apósitos no adherentes. Los exámenes mostraron PCR elevada sin evidencia infecciosa, interpretándose como inflamación propia de la dermatosis. Por déficit severo de vitamina D se indicó suplementación. Ante buena evolución y persistencia de lesiones aisladas, se añadió micofenolato mofetil 500 mg cada 12 horas como terapia ahorradora de corticoides. La paciente se mantuvo hemodinámicamente estable, sin signos de sobreinfección, con apoyo de kinesiología y terapia ocupacional. Consentimiento informado autorizado.

Discusión y conclusiones: El PA constituye un desafío diagnóstico en adultos mayores multimórbidos, donde la confusión con reacciones adversas medicamentosas o dermatitis senil puede retrasar el tratamiento. La clínica y laboratorios orientaron a PA, quedando la confirmación histológica pendiente. En pacientes geriátricos, el uso de corticoides tópicos potentes y fármacos inmunomoduladores reduce la exposición sistémica a esteroides y sus efectos adversos. Además, el manejo del déficit de vitamina D y la polifarmacia requiere vigilancia estrecha. Nuevas terapias biológicas, como dupilumab y omalizumab, muestran resultados prometedores en PA refractario, con ensayos en curso que podrían ampliar las opciones terapéuticas seguras en esta población. Este caso destaca la importancia del reconocimiento temprano desde la atención primaria, donde el contexto social, cognitivo y farmacológico afecta la evolución clínica.

Palabras clave: Adulto Mayor, Penfigoide Ampolloso, Polifarmacia.

DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN SÍNDROME PURPÚRICO: VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA POR REACCIÓN ADVERSA A FÁRMACOS:

Autores: Costa Caamaño Sally (1).; Cornejo Castillo Fernanda (2), Miranda Pizarro Felipe (3).
Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, CESFAM Alerce, Alerce, Puerto Montt. (2) Médica General de Zona, CESFAM Puacho, San Juan de la Costa, Osorno. (3) Médico General de Zona, Hospital Puerto Octay, Puerto Octay, Osorno.

Introducción: La vasculitis leucocitoclástica corresponde a una vasculitis que compromete vasos pequeños, donde se genera inflamación y posterior necrosis de la pared vascular. El síntoma más característico es la púrpura palpable, principalmente en extremidades inferiores. Hasta un 24% de estos casos puede ser inducido por fármacos, sin embargo, no es una etiología mayormente considerada al enfrentamiento clínico. Este caso clínico busca visibilizar este diagnóstico diferencial.

Presentación del caso: Paciente femenina de 51 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 insulino-requiriente, hipertensión arterial e hipotiroidismo, en tratamiento con insulinoterapia, metformina, enalapril y levotiroxina. Consultó en Servicio de Urgencias Hospital Base de Osorno (HBO) por cuadro de 3 días de evolución de lesiones purpúricas costrosas en ambas extremidades inferiores asociado a dolor urente. En laboratorio destacó VHS en rango elevado, sin otros hallazgos relevantes. Se administró tratamiento endovenoso con hidrocortisona 200 mg con buena respuesta, se indicó alta con antibioticoterapia, analgesia y corticoides tópicos. En posterior control con Dermatología HBO se evidenció nuevamente brote de máculas y placas vasculíticas confluentes, se indagó en antecedentes y se pesquisó inicio de uso de metformina hace un mes. En exámenes complementarios, destacó perfil reumatológico negativo. Se consideraron diagnósticos diferenciales de vasculitis, enfermedad por IgA y reacción adversa a medicamento, y se decidió la suspensión de metformina, inicio de corticoterapia oral y dapsona, junto con la realización de biopsia e inmunofluorescencia directa (IFD) de las lesiones. Evolucionó favorablemente, evidenciando solo placas eritematocostrosas residuales. Finalmente con resultado de biopsia, se concluyó vasculitis leucocitoclástica con IFD sin componente IgA. Se indicó seguimiento con reumatología, y eventual biopsia renal como estudio ampliado. En control cardiovascular, se solicita consentimiento informado para presentación, paciente acepta.

Discusión y conclusiones: La falta de conocimiento de una posible manifestación purpúrica frente a reacción adversa a medicamentos puede retrasar el manejo adecuado de una vasculitis por hipersensibilidad, que representa en muchas ocasiones riesgo de compromiso orgánico como glomerulopatía. Es por esto, que frente a la sospecha es importante identificar posible fármaco de inicio reciente como factor gatillante, e iniciar tratamiento con corticoterapia lo antes posible, nunca retrasarlo por la espera de estudios diagnósticos de difícil acceso, como es la biopsia cutánea.

Palabras clave: Erupciones por medicamentos, Púrpura, Vasculitis

DESAFÍOS EN LA INTEGRACIÓN MÉDICO-PSICOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: HIPERTIROIDISMO ENMASCARADO TRAS 7 AÑOS DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.

Autores: Guzmán Morales Gonzalo (1).; Aguilar Danon Javiera (1), Oportus Molina Isidora (1), Silva Núñez Sofía (2).
Afiliaciones: (1) Médico EDF CESFAM El Monte (2) Médico general CESFAM El Monte

Introducción: En la Atención Primaria de Salud (APS) chilena, el programa de salud mental se organiza en torno al trabajo interdisciplinario, aunque en muchos centros la puerta de entrada es el psicólogo, quien solo ante criterios de severidad y/o sospechas de organicidad, decide la derivación a médico para lograr la valoración clínica y el potencial inicio de fármacos. Este modelo, si bien optimiza recursos, corre riesgos de retraso en la pesquisa de condiciones médicas con expresión neuropsiquiátrica.

Presentación del caso: Paciente femenina de 33 años con antecedentes de trastornos ansioso, de pánico y sueño. Se mantiene en controles de salud mental en atenciones psicológicas por más de 7 años, siendo derivada a valoración médica en contexto de pensamientos intrusivos recurrentes e insomnio severo. Al examen físico destaca verborrea, ectomorfa, sin exoftalmos, vitíligo en manos. Antecedente de madre con hipertiroidismo. Se solicita TSH informando valor de 0.01 y T4l: 4.55. Se deriva por hipertiroidismo iniciando manejo con tiamazol y logrando alta posterior de programa de salud mental por ausencia de sintomatología.

Discusión y conclusiones: El filtro del psicólogo puede ser una estrategia costo-efectiva en APS; sin embargo, en cuadros con sintomatología inespecífica o fluctuante puede retrasar la pesquisa de patologías médicas de expresión neuropsiquiátrica. Este caso evidencia la necesidad de protocolos de derivación a evaluación médica asociado a cuadros larvados o prolongados y/o la posibilidad de capacitar al psicólogo en el reconocimiento de los cuadros orgánicos más prevalentes con manifestaciones neuropsiquiátricas.

Palabras clave: Atención primaria de salud, Hipertiroidismo, Salud mental, Trastorno de ansiedad.

DETERIORO COGNITIVO SEVERO POR NEUROGLUCOPENIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Díaz Méndez Diego (1); Reyes Moreno Francisca (1), Roa Zagal Catalina (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Carlos Avendaño, Lo Prado (2) Médica General de Zona, CESFAM Dr. Salvador Allende, San Ramón

Introducción: El deterioro cognitivo en el adulto mayor suele relacionarse con enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer o la demencia vascular. Sin embargo, existen causas metabólicas menos frecuentes que pueden provocar daño cerebral progresivo. La neuroglucopenia crónica, secundaria a episodios repetidos de hipoglicemia severa en pacientes con diabetes mellitus insulinorrequirente, constituye una etiología rara y subdiagnosticada, con secuelas potencialmente irreversibles cuando no se reconoce de forma temprana. El presente caso ilustra una causa metabólica infrecuente de demencia severa y destaca la relevancia de su prevención y diagnóstico oportuno.

Presentación del caso: Hombre de 74 años, diabético insulinorrequirente, con antecedentes de múltiples episodios de hipoglicemia severa, algunos asociados a consumo de cocaína e intentos autolesivos mediante inyección de insulina. Evolucionó con deterioro cognitivo progresivo caracterizado por amnesia severa, desorientación temporoespacial, apatía y alteraciones conductuales, con pérdida total de la autonomía funcional. En el examen físico se observó síndrome parkinsoniano asociado. La tomografía axial computarizada (TAC) cerebral evidenció cambios atróficos crónicos sin lesiones estructurales agudas. Se diagnosticó deterioro cognitivo severo secundario a neuroglucopenia crónica. El manejo se enfocó en control conductual, apoyo familiar y prevención de nuevas hipoglicemias.

Discusión y conclusiones: La neuroglucopenia secundaria a hipoglicemias repetidas produce daño neuronal difuso por déficit energético, afectando principalmente al hipocampo y la corteza prefrontal, áreas fundamentales para la memoria y el comportamiento. Aunque la literatura describe la relación entre hipoglicemia y deterioro cognitivo, los casos con progresión a demencia severa son poco frecuentes. Este cuadro subraya la necesidad de considerar causas metabólicas en el diagnóstico diferencial de las demencias y evitar atribuirlas erróneamente a procesos neurodegenerativos. La prevención de hipoglicemias mediante educación, control glicémico y detección precoz constituye la estrategia más eficaz para evitar secuelas neurológicas irreversibles.

Palabras clave: Cognitive Dysfunction, Diabetes Mellitus, Hypoglycemia

DEXTROCARDIA, HALLAZGO INCIDENTAL EN CONTROL CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA. REPORTE DE UN CASO EN CENTRO DE SALUD FAMILIAR RENAICO:

Autores: Muñoz Garrido Iván Ignacio (1); Santos Salazar Julio Roberto (2) Maldonado Tisi Catalina Paz (3)

Afiliaciones: (1) Médico General, CESFAM Renaico, Renaico, Araucanía (2) Médico EDF, Cecosf Tijeral, Renaico, Araucanía (3) Médico EDF, CESFAM Renaico, Renaico, Araucanía

Introducción: La dextrocardia es una anomalía congénita infrecuente, caracterizada por la ubicación del corazón en el hemitórax derecho, con el ápex dirigido hacia la derecha. Su incidencia estimada es de 1 por cada 12.000 nacidos vivos y puede presentarse de forma aislada o asociada a otras malformaciones cardíacas y viscerales, como en SIT (Situs Inversus Totalis), la cual es una malformación congénita descrita por el patólogo escoces Mathew Baillie en 1788, considerándolo como un hallazgo asintomático pesquisado en el nacimiento, aunque puede llegar a ser descubierto incidentalmente en la edad adulta. La dextrocardia aislada suele ser asintomática y se diagnostica incidentalmente durante evaluaciones médicas de rutina o estudios de imagen solicitados por otros motivos.

Presentación del caso: Se presenta el caso de un hombre de 58 años, con antecedentes de dislipidemia e hipertensión arterial, en tratamiento con losartán 50 mg cada 12 horas y atorvastatina 20 mg noche, controlado en CESFAM Renaico. Durante su control cardiovascular se evidencia mala adherencia farmacológica, asociada a ruralidad y analfabetismo, lo que ha afectado la asistencia a controles. Refiere tabaquismo activo de aproximadamente 10 cigarrillos diarios desde los 15 años. No presenta síntomas de descompensación cardiovascular. En el examen físico, se constata ausencia de ruidos cardíacos en foco mitral y aumento de ruidos en hemitórax derecho, lo que orienta a estudio complementario. El electrocardiograma muestra ondas R prominentes en derivaciones izquierdas, ondas S profundas en derivaciones derechas y eje eléctrico desviado a la izquierda, inicialmente sugerente de hipertrofia ventricular izquierda. Dado el antecedente de tos crónica asociada al hábito tabáquico, se solicita radiografía de tórax, que informa: Dextrocardia y situs inversus total. Pulmones bien expandidos. Opacidad nodular mal delimitada en lóbulo inferior izquierdo. Hilio prominente y asimetría por inversión anatómica. Patrón reticulado leve. Tráquea central y contorno mediastinal difícil de valorar por rotación anatómica. Actualmente, el paciente se encuentra en seguimiento con cardiología del Hospital de Angol, con solicitud de ecocardiograma y tomografía de tórax sin contraste para caracterización anatómica y estudio de la lesión pulmonar.

Discusión y conclusiones: La dextrocardia con situs inversus total es una condición rara y habitualmente asintomática, cuyo diagnóstico suele realizarse de manera incidental. El reconocimiento clínico inicial en APS se apoya en la auscultación cuidadosa y la interpretación adecuada del electrocardiograma y la radiografía de tórax. En este caso, la pesquisa oportuna permitió derivar al nivel secundario para evaluación cardiológica y pulmonar. Además, se destacan los factores sociales determinantes de salud (ruralidad, acceso y calidad de educación, y adherencia limitada) que condicionan el manejo de patologías crónicas y pesquisa temprana de comorbilidades La detección de dextrocardia y situs inversus total en APS refuerza la importancia

del examen físico completo integral y de la vigilancia clínica continua en pacientes con enfermedades crónicas. Asimismo, resalta la necesidad de fortalecer estrategias de alfabetización sanitaria, acompañamiento comunitario y enfoque integral en la atención de personas con barreras socioculturales que afectan su adherencia terapéutica y acceso a controles de salud. Como recomendación se sugiere protocolizar y complementar en controles cardiovasculares un electrocardiograma en cada atención médica, siendo una herramienta económica y accesible .

Palabras clave: Dextrocardia, Electrocardiograma, Situs Inversus

DIABETES TIPO MODY COMO DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA:

Autores: Urquieta Constanza (1); Brito Canales Mylittzen (2) Lamora López Edgardo (3)
Afiliaciones: (1) Médico en Etapa de Destinación y Formación, Cesfam Artificio, La Calera, Valparaíso. (2) Médico General. Docente campo clínico, Universidad Andrés Bello, Cesfam Artificio, La Calera, Valparaiso.

Introducción: La diabetes mellitus comprende trastornos metabólicos caracterizados por hiperglucemia crónica, derivada de defectos en la secreción y/o acción de insulina. Entre sus variantes, la diabetes monogénica es poco frecuente, siendo la MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) la más relevante, causada por mutaciones que afectan la función de las células beta pancreáticas. La diabetes MODY se hereda de manera autosómica dominante, suele debutar antes de los 25 años y conserva parcialmente la secreción de insulina. Su prevalencia en la población diabética se estima entre 1 y 5 %. La heterogeneidad clínica de esta entidad provoca con frecuencia diagnósticos erróneos, como diabetes tipo 1 o 2, retrasando el manejo adecuado y el estudio familiar pertinente

Presentación del caso: Se presenta paciente femenina de 12 años, sin antecedentes relevantes. Fue diagnosticada con diabetes en 2024, donde indican Glafornil® (metformina) 500 mg cada 12 horas, sin estudios complementarios. En octubre de 2025, acudió a su centro de salud familiar por diagnóstico incierto; se registró glicemia de 190 mg/dL, confirmada con HbA1c 8,5 % y glicemia basal de 132 mg/dL. La madre presenta diabetes desde los 18 años, en insulinoterapia desde los 25, con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis. Al examen físico paciente alerta, normotensa, hidratada, IMC 27,9 kg/m² (>p95), sin acantosis ni lesiones cutáneas. Se derivó a endocrinología por sospecha diagnostica. Se obtuvo péptido C: 1,6 ng/mL y se solicitaron anticuerpos y estudio genético, actualmente en proceso. Se obtuvo consentimiento informado de madre.

Discusión y conclusiones: La persistencia de hiperglucemia, ausencia de cetosis y ausencia de signos de resistencia a la insulina, junto con historia familiar de diabetes temprana, orientan hacia MODY. La obesidad no excluye esta posibilidad, siendo relevante en subtipos MODY 1 y 4, en los que la obesidad puede desencadenar un debut más temprano. La confirmación genética permite un manejo individualizado y evita tratamientos innecesarios; ciertos subtipos responden favorablemente a sulfonilureas, mientras otros pueden no requerir farmacoterapia. La identificación precoz de MODY en pediatría es fundamental para un manejo adecuado y tamizaje familiar. La atención primaria desempeña un papel clave en la detección temprana, optimizando pronóstico metabólico y la planificación terapéutica.

Palabras clave: Atención Primaria, Diagnóstico Precoz, Diabetes Monogénica, MODY.

DIAGNÓSTICO DE SCHWANNOMA VESTIBULAR DESDE UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD:

Autores: Olivares Álvarez Rodrigo (1); Meyer Muñoz Rocío (1) Nicolai Manaut Juan (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Corral, Corral

Introducción: El Schwannoma vestibular corresponde a un tumor benigno de la base del cráneo, que se origina en las fibras vestibulares del octavo par craneano. La clasificación de Koos permite estratificar la extensión y evaluar el compromiso del tronco encefálico, lo que orienta a su potencial manifestación clínica, gravedad, y manejo. Su incidencia estimada es de aproximadamente 1 caso en 100.000 habitantes por año, y su diagnóstico requiere de una alta sospecha clínica con confirmación mediante imágenes, idealmente resonancia magnética de cerebro.

Presentación del caso: Se presenta el caso de un paciente masculino de 50 años, sin antecedentes médicos de relevancia, que consultó en un servicio de urgencias de un hospital rural de baja complejidad de la Región de Los Ríos. Refería una historia de 3 meses de evolución de hipoacusia unilateral derecha progresiva, a la que agrega posteriormente cefalea ipsilateral, hemihipoestesia facial derecha y vértigo incapacitante. No refería antecedentes de trauma cefálico, fiebre, ni alteraciones del sensorio. Al examen físico se evidenció compromiso sensitivo de la hemicara derecha, parálisis facial periférica derecha leve y dismetría ipsilateral, sin otros hallazgos de focalidad neurológica. La otoscopía fue normal y los exámenes de laboratorio no mostraron alteraciones. Dado la presencia de signos de alarma, principalmente alteraciones de múltiples pares craneanos, se decidió su derivación urgente para estudio con resonancia magnética de cerebro. Esta imagen evidenció una lesión expansiva de la cisterna cerebelo-pontina derecha, con efecto de masa sobre el pedúnculo cerebeloso, concordante con un Schwannoma del complejo cócleo-vestibular tipo Koos IV. Con estos hallazgos, el paciente fue derivado a nivel secundario a la especialidad de Neurocirugía, activándose la macrorred para ser intervenido quirúrgicamente en otra región del país.

Discusión y conclusiones: El diagnóstico y tratamiento de tumores del ángulo pontocerebeloso requiere de un abordaje multidisciplinario entre médicos generales, otorrinolaringólogos, neurólogos y neurocirujanos. Este caso resalta la importancia de reconocer tempranamente los signos de afectación de pares craneanos, demostrando que la sospecha clínica inicial puede ser determinante para un diagnóstico y tratamiento oportunos, incluso desde hospitales de baja complejidad o servicios de urgencias rurales.

Palabras clave: neurilemoma, hipoacusia, resonancia magnética

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES CUTÁNEAS INTERTRIGINOSAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: González Cortés Pablo (1).; Calderon Pollack Nicole (2), Gárate Cortez Macarena (3), Bravo Piñones Bárbara (1)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Trinidad, La Florida, Santiago, Chile. (2) Interno Medicina Universidad Mayor, Santiago, Chile. (3) Interno Medicina Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile.

Introducción: Las lesiones intertriginosas constituyen un motivo de consulta frecuente en la atención primaria (APS), especialmente en pacientes con comorbilidades metabólicas o dermatológicas. El término intertrigo se refiere a una inflamación cutánea localizada en los pliegues, generada por fricción, humedad y calor, condiciones que pueden favorecer la proliferación microbiana secundaria. Su presentación clínica puede ser inespecífica y confundirse con cuadros infecciosos o inflamatorios. Por ello, la correcta descripción de la lesión primaria y la respuesta terapéutica inicial son herramientas esenciales para orientar el diagnóstico. El presente caso tiene como objetivo destacar la importancia del razonamiento clínico secuencial frente a lesiones intertriginosas refractarias al tratamiento antifúngico tópico, reforzando el rol del médico de APS en la identificación de dermatosis inflamatorias subyacentes.

Presentación del caso: Paciente de 69 años, sexo femenino, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia e insuficiencia venosa. Consulta por lesión de un mes de evolución tipo placa en región inframamaria bilateral, de color rosado brillante, bien delimitada, sin satelitosis. Destaca en zona intermamaria una placa descamativa fina de 5 × 6 cm y en zona retroauricular dos placas eritematosas de superficie escamosa gruesa. Inicialmente en tratamiento con clotrimazol 1% cada 12 horas por 14 días, sin respuesta. Ante lo cual se consideraron como diagnósticos diferenciales como psoriasis inversa, dermatitis seborreica y eritrasma. Se deriva el caso a Dermatología mediante Hospital Digital y se indica el diagnóstico de dermatitis seborreica intertriginosa.

Discusión y conclusiones: El intertrigo representa una entidad multifactorial que requiere valorar factores locales y sistémicos. La ausencia de satelitosis, bordes bien definidos y la respuesta favorable a corticoides orientan a una dermatosis inflamatoria más que infecciosa, pasando a ser un factor clave una descripción adecuada de la lesión; placas eritematosas lisas, de predominio pruriginoso más que doloroso y, en ocasiones, asociada a una fisura en la profundidad del pliegue, puede orientar a una psoriasis inversa, mientras que lesiones escamosas, color rosa salmón, exudativas y brillantes, con compromiso simultáneo de áreas ricas en glándulas sebáceas, son características de la dermatitis seborreica. Este caso refuerza la necesidad de una reevaluación diagnóstica ante tratamientos antifúngicos ineficaces y la importancia de conocer las características diferenciales de las lesiones intertriginosas.

Palabras clave: Candidiasis cutánea, Dermatitis, Lesiones cutáneas, Pliegues cutáneos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN DEMENCIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA; HACIA UNA EVALUACIÓN EXHAUSTIVA MÁS ALLÁ DEL ALZHEIMER:

Autores: García-Huidobro Harcha Antonia (1); Zhunio Morocho Pablo Sebastián (2), Andrade Muñoz Pamela Carolina (3), Medina Willer Francisca Paola (2).
Afiliaciones: (1) Médico EDF, CESFAM Bellavista, La Florida, Santiago. (2) Médico general, CESFAM Bellavista, La Florida, Santiago. (3) Médico EDF, Hospital San José de Maipo, San José de Maipo, Santiago.

Introducción: La demencia es un síndrome neurocognitivo que, si bien suele asociarse a la enfermedad de Alzheimer (EA), incluye una variedad de etiologías con implicancias terapéuticas y pronósticas distintas. Las demencias no-Alzheimer, como la demencia con cuerpos de Lewy (DCL), representan hasta el 20% de los casos. En atención primaria, la evaluación inicial frecuentemente omite elementos clave que permitirían orientar un diagnóstico diferencial adecuado y una derivación oportuna a neurología. Este trabajo destaca la importancia de esta distinción mediante un caso clínico.

Presentación del caso: Mujer de 79 años, sin antecedentes mórbidos, consultada por familiar por deterioro cognitivo progresivo de 2-3 años. Inicialmente presentó discurso repetitivo, extravío de objetos, pérdida de memoria, equimosis frecuentes y agresividad. En menos de un año desarrolló alucinaciones visuales, incontinencia urinaria y fecal, y alteración de la marcha. Se aplicó test MoCA (Montreal Cognitive Assessment), obteniendo 8 puntos. Médico general diagnosticó “demencia” e indicó risperidona 1 mg nocturna. A los seis meses, tuvo control con médico general del programa de salud mental quien identificó marcha imantada, rigidez y bloqueos, y derivó con sospecha de DCL. Neurología confirmó probable DCL con parkinsonismo de etiología mixta (medicación + patología neurodegenerativa), suspendió risperidona progresivamente y solicitó estudios. Se obtuvo firma de consentimiento informado de representante de paciente.

Discusión y conclusiones: El caso refleja una oportunidad perdida para un diagnóstico precoz de DCL en atención primaria. Este tipo de demencia posee características clínicas específicas, alucinaciones visuales, parkinsonismo, fluctuaciones cognitivas, y una mayor sensibilidad a neurolépticos. Su identificación cambia radicalmente el enfoque terapéutico, favoreciendo el uso de inhibidores de colinesterasa y evitando antipsicóticos típicos, con mejor control sintomático y menor riesgo de deterioro. Recomendamos incluir en la evaluación inicial una revisión exhaustiva del patrón clínico y síntomas cardinales, promoviendo una educación continua en atención primaria para mejorar la pesquisa de demencias no-Alzheimer.

Palabras clave: Demencia, Enfermedad por Cuerpos de Lewy, Atención Primaria de Salud

DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE CÁNCER RENAL: EL VALOR DEL MANEJO INTEGRAL

Autores: Bruno Milanese Pizarro (1); Pablo Marcelo Rodríguez Alpaca (1); Fernando Abarca Contreras (1).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM DE ERCILLA, Ercilla, Región de la Araucanía

Introducción: El cáncer renal representa alrededor del 3% de las neoplasias malignas en el adulto, siendo frecuentemente un hallazgo incidental en estudios de imágenes solicitados por otras causas. En la Atención Primaria, el rol del equipo de salud es clave para la pesquisa precoz, coordinación de estudios complementarios y continuidad del seguimiento postoperatorio, asegurando un enfoque integral centrado en la persona.

Presentación del caso: Paciente masculino, 70 años, con antecedente de hipertensión arterial, consultó en CESFAM por consulta asociada a absceso perianal que requirió drenaje quirúrgico. . Desde el CESFAM se coordinó ecografía renal y pélvica, informando lesión sólida compatible con tumor renal, además de la gestión de exámenes preoperatorios y derivación a urología para evaluación especializada . El paciente fue sometido a nefrectomía radical laparoscópica izquierda en diciembre de 2024. La biopsia evidenció carcinoma de células renales, variedad células claras, grado 3/4, unifocal de 5 cm, sin compromiso vascular ni necrosis. . Tras la cirugía, retornó al CESFAM para seguimiento de comorbilidades, control de factores de riesgo cardiovascular, apoyo psicosocial y educación en cesación tabáquica. Actualmente se encuentra en seguimiento compartido entre APS y urología. . El paciente evolucionó favorablemente, manteniendo controles en CESFAM para seguimiento cardiovascular, educación sanitaria, cesación tabáquica. Se obtuvo consentimiento informado previo a la publicación del caso.

Discusión y conclusiones: El hallazgo casual de una neoplasia renal localizada permitió un manejo quirúrgico curativo, evidenciando que una adecuada gestión, incluyendo interpretación de imágenes, solicitud dirigida de exámenes y coordinación de derivaciones puede modificar significativamente el pronóstico.

Palabras clave: Atención Primaria, Carcinoma, Detección precoz del cáncer

DIAGNÓSTICO MEDIANTE NEUROFISIOLOGÍA AVANZADA, EL ROL DE LOS POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES EN LA DETECCIÓN DE NEUROPATÍAS POCO FRECUENTES:

Autores: Bocaz Roldan Camila (1); Malfanti Vera Renzo (1), Letelier Bernal Enzo (1)
Afiliaciones: (1) Medico General de Zona, Hospital Juana Ross de Peñablanca, Villa Alemana, Región de Valparaíso.

Introducción: Los potenciales evocados somatosensoriales son pruebas neurofisiológicas que permiten evaluar la integridad de la vía sensitiva desde los nervios periféricos hasta la corteza cerebral somatosensorial. El objetivo es detectar anormalidades de la conducción. En la actualidad presenta un gran valor clínico en el diagnostico de neuropatías sensitivas infrecuentes en donde otras pruebas neurodiagnósticas convencionales pueden ser insuficientes para establecer el diagnóstico, pronóstico y eficacia del tratamiento.

Presentación del caso: Masculino de 74 años presenta cuadro de 12 semanas de evolución de ataxia progresiva asociado a parestesia e hipoestesia en calcetín. Por este motivo ha presentado caídas a repetición, la última hace 2 meses con golpe en la cabeza por lo cual consultó en urgencias, niega otra sintomatología. Al examen sólo destaca hipoestesia termoalgésica infra rotuliana y ataxia de la marcha. Trae exámenes: Electromiografía (EMG): informada como polineuropatía sensitiva pura. Se decide hospitalizar para mayor estudio, se realizó punción lumbar que resulta normal, panel reumatológico negativo, complemento normal, electroforesis de proteínas dentro de rangos normales, velocidad de conducción nerviosa: sin hallazgos patológicos, dificultando llegar al diagnóstico preciso, posteriormente se plantea realizar una EMG con potenciales evocados somatosensoriales, esta evidencia aumento de latencia a izquierda, hallazgo compatible con polirradiculopatia inmunitaria sensorial crónica (CISP). En este contexto dado clínica de paciente y resultados de exámenes se plantea CISP. Se inicia inmunoglobulinas con buena tolerancia. Posterior a tratamiento presenta franca mejoría en ataxia y logra deambulación.

Discusión y conclusiones: Debemos destacar la importancia de integrar exámenes neurofisiológicos avanzados como los potenciales evocados somatosensoriales en el diagnostico de neuropatías infrecuentes cuando estudios iniciales como la EMG y velocidad de conducción nerviosa no son concluyentes o resultan normales. En el caso clínico presentado fue determinante para orientar el diagnóstico preciso ya que permitió identificar una CISP, diagnóstico que suele pasar inadvertido con estudios convencionales. A raíz de esto queremos enfatizar la necesidad de acceso a técnicas neurofisiológicas avanzadas dentro del estudio de neuropatías con presentaciones atípicas favoreciendo un diagnóstico preciso, un actuar precoz y así evitar discapacidades neurológicas en el paciente. En Chile este examen aún no se encuentra ampliamente disponible lo cual plantea un desafío en el diagnostico de esta patología.

Palabras clave: Ataxia, Electromiografía, Polirradiculopatia, Potenciales evocados.

DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LUXOFRACTURA DE LISFRANC SUTIL EN ATENCIÓN RURAL:

Autores: Guíñez Cofré Ignacio (1); Campos Mora Rodrigo (2), Dabovich Stenger Lukas (3), Plaza Rubio Marion (4)
Afiliaciones: (1) Medico general de zona, DESAMU El Carmen, El Carmen, Región de Ñuble, Chile. (2) Medico general de zona, CESFAM Dr. David Benavente, Ninhue, Región de Ñuble, Chile (3) Medico general de zona, CESFAM Frutillar, Frutillar, Región de los Lagos, Chile. (4) Estudiante de medicina, Universidad Autónoma de Chile, Región Metropolitana

Introducción: La luxofractura de Lisfranc es una lesión poco frecuente del pie, pero con alto riesgo de generar discapacidad si no se diagnostica oportunamente. Su incidencia es baja, y el diagnóstico suele retrasarse. El reconocimiento clínico temprano permite un manejo adecuado y previene complicaciones a futuro.

Presentación del caso: Paciente masculino de 46 años sin antecedentes. Acude a su posta rural refiriendo dolor e impotencia funcional leve en pie derecho tras torsión al saltar durante un partido de fútbol reciente. Posterior a ello logra bipedestación y marcha, pero menciona que siente un click al caminar. Al examen físico destaca leve aumento de volumen, dolor a la palpación del 1er y 2do espacio intermetatarsiano y hematoma plantar, signo patognomónico de lesión de Lisfranc. Se deriva al hospital para estudio radiográfico en carga, que muestra aumento del espacio entre las bases del primer y segundo metatarsiano, confirmando luxofractura de Lisfranc. Se realiza inmovilización inicial con valva, y se planifica resolución quirúrgica diferida con fijación interna con placa y tornillos.

Discusión y conclusiones: La sospecha clínica es fundamental ante la presencia de plantar y dolor mediopié posterior a trauma de alta o baja energía, este último de más difícil diagnóstico. La radiografía en carga confirma el diagnostico, se podría pedir TAC para complementar. El tratamiento puede ser conservador con férula de yeso por 6 semanas seguidos por bota CAM con carga progresiva. En caso de inestabilidad el tratamiento es quirúrgico, busca restituir la alineación y estabilidad del mediopié. Tradicionalmente, la fijación con placa y tornillos ofrece buenos resultados, aunque puede limitar la movilidad y requerir extracción del material. En los últimos años, las técnicas de fijación dinámica con dispositivos tipo Endobutton han mostrado beneficios al permitir micromovimiento fisiológico, favorecer la cicatrización ligamentaria y disminuir la rigidez articular, aunque su disponibilidad en entornos rurales aún es limitada. La luxofractura de Lisfranc debe sospecharse dirigidamente frente a un hematoma plantar, es patognomónico. El diagnóstico precoz y la derivación rápida permite evitar secuelas. La fijación con placa y tornillos sigue siendo el estándar, mientras que las técnicas dinámicas parecieran ser una alternativa viable, ya que preservan la biomecánica del pie.

Palabras clave: Salud Rural, Fractura-Luxación, Huesos Tarsianos

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE TUBERCULOSIS EN PACIENTE CON EPOC: UNA OPORTUNIDAD PERDIDA:

Autores: Abrigo Ibáñez Paulette (1); Montesinos Pérez Catalina (1), García Barro Antonia (2), Espinoza Osorio Sofía (2).
Afiliaciones: (1) Médico general de zona, CESFAM Pinares Dra. Eloísa Diaz, Chiguayante. (2) Interna medicina, Universidad San Sebastián, Concepción

Introducción: La tuberculosis (TBC) continúa siendo un problema relevante de salud pública en Chile, particularmente en adultos mayores y pacientes con comorbilidades respiratorias crónicas como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). La normativa nacional recomienda realizar baciloscopía en todo paciente con tos por más de tres semanas. No obstante, esta evaluación puede omitirse si los síntomas se atribuyen erróneamente a patologías preexistentes, retrasando el diagnóstico y aumentando el riesgo de contagio comunitario.

Presentación del caso: Paciente masculino de 80 años, con antecedentes de hipertensión arterial y EPOC, consultó durante cinco meses por tos persistente y malestar general. Acudió en 12 ocasiones a servicios de urgencia y consultas de morbilidad, siendo diagnosticado reiteradamente con bronquitis aguda o exacerbación de EPOC, sin realizar baciloscopía. Finalmente, presentó desaturación de oxígeno hasta 89% (basal 97%), siendo derivado a atención secundaria donde se hospitaliza. Una radiografía de tórax mostró imagen compatible con neumonía con patrón sugerente de tuberculosis, posteriormente confirmada por baciloscopía positiva. Se inició tratamiento específico con evolución favorable a la fecha. Se obtiene consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: Este caso refuerza la necesidad de escuchar activamente al paciente y no automatizar la atención en base a diagnósticos previos. Es fundamental valorar los cambios en los síntomas y aplicar criterios clínicos actualizados. El retraso en la solicitud de baciloscopía implicó un riesgo evitable para el paciente y la comunidad. Se destaca la importancia de mantener un enfoque integral, adherir a las guías clínicas, fortalecer la formación continua y refuerzo de información al equipo de salud en atención primaria.

Palabras clave: Enfermedad Pulmonar, Neumonía, Tuberculosis.

DIPLOPÍA COMO SÍNTOMA INICIAL DE TUMOR CEREBRAL, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Tolosa Godoy Matías (1); Schaufele Rojas Paulina (2), Yussem Fernandez María (3).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro Comunitario de Salud Familiar El Santo Esfuerzo de Todos. (2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Penco. (3) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Bellavista, Tomé.

Introducción: La diplopía se define como la visión doble de un objeto y representa un signo clínico de relevancia que puede tener origen oftalmológico o neurológico. La diferencia entre diplopía monocular y binocular es fundamental, ya que orienta el enfoque inicial del paciente: la monocular suele asociarse a alteraciones estructurales oculares, mientras que la binocular sugiere compromiso neuromuscular o del sistema nervioso. Esto permite sospechar causas de mayor gravedad, como lesiones expansivas intracraneales. Los tumores del tronco encefálico o de la fosa posterior pueden afectar algunos pares craneales según su ubicación, generando diplopía binocular y otros signos de focalidad asociada. Se presenta el caso de una paciente que consulta en Hospital Terciario en quien se destaca que el síntoma inicial de su cuadro, posteriormente diagnosticado como tumor cerebral, fue la diplopía.

Presentación del caso: Mujer de 21 años, universitaria, sin antecedentes mórbidos. En enero de 2024 consulta a oftalmología por diplopía e inicia uso de lentes. En marzo comienza con cefalea crónica que cede con analgesia oral, hipoacusia izquierda progresiva y disfagia con baja de peso. A comienzos del 2025 desarrolla inestabilidad de la marcha con lateropulsión a izquierda, fasciculaciones linguales ocasionales y desviación de la lengua hacia el mismo lado. En mayo acude a urgencias de un Hospital Terciario por cefalea refractaria, donde se realiza tomografía de cerebro que evidencia lesión sugerente de tumor en ángulo pontocerebeloso izquierdo. Se hospitaliza para estudio y se realiza cirugía diferida para exéresis tumoral, donde la biopsia confirma condrosarcoma tipo II.

Discusión y conclusiones: En el abordaje inicial de la diplopía se debe distinguir entre su presentación monocular y binocular, ya que esta diferencia orienta el origen del cuadro y permite identificar tempranamente posibles causas neurológicas. La diplopía binocular puede reflejar compromiso de pares craneales o del tronco encefálico, por lo que requiere una evaluación neurológica completa dirigida a detectar signos de focalidad. En estos casos, se recomienda realizar estudios de neuroimagen para la búsqueda de lesiones estructurales intracraneales que expliquen el cuadro. Es fundamental fomentar entre los médicos el abordaje de la diplopía como una bandera roja que requiere evaluación integral y oportuna.

Palabras clave: Condrosarcoma, Diplopía, Tronco encefálico, Tumores del encéfalo.

DISECCIÓN CAROTÍDEA CERVICAL ASOCIADA A VARIANTE ANATÓMICA EN PACIENTE CON SÍNTOMA NEUROLÓGICO TRANSITORIO

Autores: Manríquez Rodríguez Ignacio (1); Restrepo Gómez Alba (2), Aguilera Astorga Francisco (3), Dinamarca Muñoz Jonathan (4)
Afiliaciones: (1) Médico Cirujano, Centro de Salud San Rafael, Cauquenes. (2) Médico Cirujano, CESFAM Armando Williams, Cauquenes. (3) Médico EDF, CECOSF Meulin, Chiloé. (4) Médico Radiólogo, Hospital San Juan de Dios de Cauquenes, Cauquenes.

Introducción: La disección arterial cérvico-craneal (DACC) constituye una causa relevante de accidente cerebrovascular (ACV) en adultos jóvenes. Se caracteriza por la formación de un hematoma intramural que puede producir estenosis, oclusión o embolismo distal. Dado su espectro clínico inespecífico, la imagenología cumple un rol fundamental en su diagnóstico temprano y caracterización anatómica.

Presentación del caso: Hombre de 48 años, previamente sano, consultó por episodio de visión tubular autolimitada de 30 minutos, asociado a cervicalgia y cefalea hemicraneana izquierda posterior a actividad física. El examen físico y neurológico fue normal; signos vitales estables y exámenes de laboratorio sin alteraciones. La tomografía computada (TC) cerebral sin contraste resultó normal, diagnosticándose inicialmente migraña con aura. Reconsultó 48 horas después por persistencia de la cefalea. La resonancia magnética (RM) cerebral sin contraste evidenció lesión isquémica córtico-subcortical occipital izquierda de aspecto subagudo. La angio-TC de cuello y cerebro mostró estenosis irregular con engrosamiento parietal de la arteria carótida interna (ACI) izquierda, compatible con disección, además de una arteria cerebral posterior (ACP) izquierda de origen carotídeo ipsilateral, correspondiente a una variante anatómica tipo ACP fetal. Recibió manejo conservador, con evolución favorable y resolución sintomática. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: La DACC debe sospecharse en pacientes jóvenes con cefalea súbita, cervicalgia y síntomas neurológicos focales. La TC sin contraste tiene baja sensibilidad en etapas iniciales, mientras que la RM permite evidenciar lesiones isquémicas agudas. Los estudios angiográficos no invasivos, como angio-TC o angio-RM, son determinantes para confirmar la disección, definir extensión y repercusión hemodinámica. La presencia de una ACP fetal ipsilateral explica la localización posterior del infarto en este caso, al derivar la irrigación occipital desde la circulación carotídea. El reconocimiento de variantes anatómicas del polígono de Willis es esencial para comprender patrones clínico-radiológicos atípicos y orientar el manejo.

Palabras clave: Arteria cerebral posterior fetal, Disección carotídea, Polígono de Willis, Variante anatómica.

DISTONÍA AGUDA INDUCIDA POR METOCLOPRAMIDA: UN EFECTO EXTRAPIRAMIDAL SUBESTIMADO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Autores: Morales Bustamante Nicole (1); Ulloa Labrin Jorge (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Dr, Carlos Diaz Gidi, San Javier.

Introducción: La distonía aguda inducida por fármacos es una reacción extrapiramidal poco frecuente, caracterizada por contracciones musculares involuntarias que generan posturas anómalas. Suele deberse al bloqueo dopaminérgico en los ganglios basales. La metoclopramida, utilizada ampliamente como antiemético y procinético, es una de las causas más reportadas, especialmente en mujeres jóvenes y con uso frecuente (1). Reconocer este efecto adverso es esencial en los servicios de urgencias y neurología, ya que puede confundirse con otras causas neurológicas agudas (2). El presente caso ilustra una distonía generalizada asociada al uso de metoclopramida en una paciente joven, destacando la importancia de la farmacovigilancia clínica.

Presentación del caso: Paciente femenina de 20 años, sin antecedentes médicos, presentó cefalea progresiva desde el 16/04/2025. Tras varias consultas en urgencias y uso de metoclopramida cada ocho horas junto con antiinflamatorios, la cefalea cedió; sin embargo, desarrolló rigidez de cuello y posturas tónicas generalizadas sin alteración de la conciencia. En la evaluación: orientada, sin déficit neurológico, fuerza y sensibilidad conservadas, sin signos meníngeos ni cerebelosos. Laboratorios normales (Hemoglobina 12.6 g/dL, Creatinquinasa 43 U/L, Proteina C reactiva 0.7 mg/dL, calcio normal). TAC cerebral sin hallazgos agudos. Por la cronología con el uso del fármaco, se diagnosticó distonía aguda inducida por metoclopramida (3). Se suspendió el medicamento e indicó manejo con benzodiacepinas o relajante muscular, observando mejoría progresiva. Se obtuvo consentimiento informado para publicación.

Discusión y conclusiones: Este caso resalta la necesidad de sospechar distonía aguda como efecto adverso de metoclopramida, sobre todo en mujeres jóvenes. Persiste debate sobre la utilidad de pruebas genéticas (CYP2D6) para identificar pacientes en riesgo (1) y sobre el manejo óptimo: suspensión del fármaco y uso de anticolinérgicos o benzodiacepinas son medidas recomendadas (4). La presentación sin alteración de conciencia y con rigidez cervical muestra la variabilidad clínica del cuadro. Se recomienda reforzar la educación médica en farmacovigilancia, revisar las indicaciones de metoclopramida y establecer protocolos de detección temprana en urgencias para prevenir complicaciones neurológicas.

Palabras clave: Distonía, Vomitos, Discinesia tardía

DOBLE APENDICECTOMÍA: APENDICITIS DEL MUÑÓN APENDICULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Schade Villagrán Catalina (1); León Marchant Andrés (1), Bugueño Sierra Antonia (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de la Familia y Comunidad de Yumbel, Yumbel

Introducción: La apendicitis aguda del muñón apendicular (AAMA) corresponde a un diagnóstico diferencial infrecuente en contexto de abdomen agudo, descrito escasamente en reporte de casos clínicos, constituyendo una entidad potencialmente más frecuente con el desarrollo de la cirugía laparoscópica. A continuación, se presenta un reporte de caso.

Presentación del caso: Femenina de 19 años, con antecedentes de apendicectomía por apendicitis aguda hace dos años. Consulta en servicio de urgencias por un día de evolución de dolor abdominal mesogástrico e hipogástrico progresivo, carácter punzante, asociado a náuseas y vómitos. Al examen abdominal destaca dolor a palpación profunda en dichos cuadrantes con presencia de resistencia muscular y Blumberg positivo, sin otros signos de irritación peritoneal. Test de embarazo en orina negativo. Se administra analgesia endovenosa y es derivada a centro de mayor complejidad para toma de exámenes e imagenología por equipo de cirugía. Evaluada por especialidad, se objetiva leucocitosis en 16.900 mg/dl y Proteína C reactiva en 85. La tomografía computarizada abdominal evidenció cambios inflamatorios en fosa ilíaca derecha asociado a presencia de líquido libre leve a moderado. Apéndice con apendicolito engrosado hasta 15 mm con aumento de realce parietal. Hallazgos compatibles con apendicitis aguda evolucionada. Se decide laparoscopía exploradora. Protocolo quirúrgico describe presencia de líquido libre, plastrón en formación abscedado en pelvis. En ciego se identifica muñón apendicular indurado, de aspecto tumoral versus flegmonoso con perforación en su base, y coprolito en relación con perforación. Biopsia informa apendicitis aguda flegmonosa transmural (apendicitis aguda del muñón). Es tratada con antibioticoterapia endovenosa (ceftriaxona y metronidazol) por siete días y dada de alta sin complicaciones para seguimiento por equipo de coloproctología. Paciente firma el consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: La AMAA es una patología infrecuente, consecuente a eventos infecciosos e inflamatorios progresivos del muñón de resección del apéndice vermiforme. Pese a que su fisiopatología no está definida, sí se postulan como factores de riesgo la obstrucción de la luz apendicular remanente por fecalito, insuficiente invaginación del muñón y restos apendiculares largos en apendicectomía. El antecedente clínico de apendicectomía puede retrasar el diagnóstico de apendicitis del muñón pudiendo originar complicaciones locales o sistémicas, incrementando la morbimortalidad.

Palabras clave: Apendicectomía, Apendicitis, Laparoscopía, Tomografía Computarizada

DOLOR TORÁCICO DIFUSO EN PACIENTE CON FIBROMIALGIA: UN DIAGNÓSTICO INESPERADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Orellana Barra Joaquín (1); Hidalgo Marisio Wladimir Franco (2)
Afiliaciones: (1) Médico en Etapa de Destinación y Formación, CECOSF Los Forjadores de Chile, Penco. (2) Médico en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Lirquén, Penco.

Introducción: La fibromialgia es un síndrome de dolor crónico caracterizado por hipersensibilidad generalizada, fatiga y síntomas afectivos. Su curso fluctuante y presentación inespecífica pueden enmascarar patologías orgánicas relevantes, dificultando el diagnóstico diferencial en atención primaria. La coexistencia de enfermedades cardiovasculares en pacientes con fibromialgia es poco sospechada, lo que puede retrasar diagnósticos potencialmente graves. Se presenta un caso que resalta la importancia de mantener una evaluación integral frente a pacientes con dolor persistente, incluso con diagnósticos previos de dolor crónico funcional.

Presentación del caso: Mujer de 64 años, con antecedente de fibromialgia tratada con duloxetina 60 mg/día, consulta por incremento progresivo de sus dolores musculares y aparición de dolor torácico difuso, opresivo, sin relación con el esfuerzo físico ni con la respiración. Niega fiebre, tos o disnea. Al examen físico se encuentra consciente, normotensa, con dolor a la palpación en regiones torácicas y paravertebrales, sin signos inflamatorios ni déficit neurológico. Exámenes de laboratorio: TSH 1.54 µUI/mL, anticuerpos anti nucleares negativos, hemoglobina 12.1 g/dL, glóbulos blancos 5.500/µL, plaquetas 212.000/µL, glicemia 115 mg/dL, calcio 9.2 mg/dL, albúmina 4.5 g/dL, proteína C reactiva 0.1 mg/dL, CK total 99 U/L y factor reumatoide 8 UI/mL. Ante persistencia del dolor, se derivó a cardiología, donde el estudio mostró enfermedad coronaria severa de un vaso (arteria coronaria derecha). Se realizó angioplastia con colocación de stent, con evolución favorable y notable mejoría del dolor, lo que permitió reducir el uso de duloxetina y analgésicos. Se obtuvo consentimiento informado para la publicación del caso.

Discusión y conclusiones: La fibromialgia, al ser un diagnóstico clínico de exclusión, puede coexistir con patologías orgánicas que agravan el cuadro o lo modifican. La presentación atípica de una cardiopatía isquémica en este contexto puede pasar inadvertida, atribuyéndose erróneamente al dolor crónico musculoesquelético. Este caso evidencia el rol fundamental de la atención primaria en la reevaluación continua de diagnósticos previos, especialmente ante cambios en el patrón o intensidad del dolor. La sospecha oportuna y derivación precoz permitieron un diagnóstico y tratamiento adecuados, mejorando significativamente la calidad de vida de la paciente. El abordaje integral y la vigilancia activa son esenciales para evitar el sesgo de anclaje diagnóstico en pacientes con fibromialgia.

Palabras clave: Cardiopatía isquémica, Dolor torácico, Fibromialgia, Atención primaria.

DOLOR TORÁCICO EN PEDIATRÍA: REPORTE DE UN CASO DE NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO

Autores: Javiera Olivier (1); María Jesús Ubilla Pavez (2) Claudia Nuñez Silva (2)
Afiliaciones: (1) Médica Cirujana, Hospital de Pichidegua, Pichidegua, Chile. (2) Interna de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

Introducción: El dolor torácico es un motivo de consulta común en urgencias. En niños este número desciende y se atribuye en la mayoría a patologías no graves, siendo aproximadamente un 95% musculoesquelética. Hay entidades que simulan patologías graves, que se presentan con dolor torácico, disnea y enfisema subcutáneo; entre ellas encontramos el neumomediastino espontáneo (NME), que es la presencia de aire libre en el mediastino sin traumatismo. Ocurre en hombres jóvenes delgados asociado a esfuerzo, muchos de ellos no consultan debido a su evolución benigna, lo que explica la escasez de datos epidemiológicos precisos.

Presentación del caso: Masculino de 12 años, sin antecedentes, inicia dolor epigástrico leve posterior a actividad física. A las 4.30 am despierta con dolor retroesternal EVA 9/10 exacerbado con inspiración. Consulta en urgencias saturando 100%, sin uso de musculatura accesoria y taquicárdico. Se solicita radiografía de tórax que evidencia enfisema subcutáneo supraclavicular, asociado a aire retroesternal. Se plantea NME y se deriva a hospital de mayor complejidad. Al ingreso se realiza TAC de tórax que informa neumomediastino severo con extensión cervical y a pared torácica izquierda, sin lesión causante. Se decide manejo conservador en UCIP. La radiografía a las 48 h muestra resolución por lo que se decide alta y control con espirometría al mes, sin alteraciones ni cambios con broncodilatador.

Discusión y conclusiones: El NME es una entidad infrecuente que, a diferencia del neumotórax o tromboembolismo pulmonar tiene evolución favorable. La fisiopatología se explica por el mecanismo de Macklin: un aumento súbito de la presión intraalveolar provoca ruptura alveolar, permitiendo la disección del aire hasta el mediastino. Puede ser desencadenado por Valsalva, crisis asmáticas o ejercicio. El manejo conservador es la primera elección en pacientes estables. El oxígeno suplementario favorecerá reabsorción del aire mediastínico, mientras que el reposo reduce el riesgo de recurrencia. La radiografía será diagnóstica con sensibilidad de 89%, se pueden encontrar líneas/burbujas de aire rodeando estructuras mediastinales, enfisema subcutáneo y colecciones de aire prevertebral. La Tomografía será complementaria pero no una herramienta de uso rutinario. Este caso subraya la importancia de considerar el NME como diferencial del dolor torácico en pacientes pediátricos. El manejo conservador evita tanto el uso de recursos limitados como intervenciones innecesarias.

Palabras clave: Dolor torácico, disnea, neumomediastino, síndrome de Hamman

DRENAJE DE ABSCESO PERIAMIGDALINO EN URGENCIAS POR MÉDICO GENERAL; REPORTE DE UN CASO

Autores: Arcos Moraga Javier (1); Polit Muñoz Andrés (1), Pino Luengo Rodrigo (1), Kurtzig Pérez-Cueto Ariel

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Parral, Parral, Maule

Introducción: Los abscesos periamigdalinos son una complicación frecuente de infecciones agudas de vías respiratorias superiores, como amigdalitis aguda y se define como la acumulación de pus ubicada en el paladar blando, pudiendo cursar con obstrucción de vía aérea o su extensión a espacios profundos. El diagnóstico es clínico y su tratamiento incluye drenaje quirúrgico de la colección por especialista y el tratamiento antibiótico. En el siguiente trabajo expondremos un caso de un absceso drenado por punción en la unidad de urgencias por un médico general de zona.

Presentación del caso: Paciente de 43 años consulta en urgencias por cuadro de odinofagia, disfonía, fiebre de 4 dias de evolución. Al examen físico destaca imposibilidad de apertura bucal, abombamiento de paladar blando derecho con desviación de estructuras. Es derivado a hospital de alta complejidad, donde se realiza tomografía computada de cuello con contraste, informando absceso periamigdalino derecho de 3.2 x 2.7 cm. Sin disponibilidad de especialistas en ese momento, es retornado al centro de menor complejidad a esperar resolución diferida. Tras retorno, por riesgo de obstrucción de vía aérea se decide realizar drenaje por punción con aguja en urgencias, anestesiándose con lidocaína spray 10% y realizando punción con trocar 18G en pilar amigdalino en sentido anteroposterior, extrayendo 3.5 cc de contenido purulento, aspirando restos, sin complicaciones. Posteriormente paciente se hospitaliza para tratamiento antibiótico, siendo dado de alta a los 5 días, sin necesidad de nuevas intervenciones.

Discusión y conclusiones: El tratamiento del absceso periamigdalino contempla el drenaje de la colección de pus, habitualmente realizada con bisturí o punción de aguja en pabellón por médico especialista en otorrinolaringología. El caso presenta la realización de este procedimiento de forma rápida y segura, sin inconvenientes en la unidad de urgencias por médico no especialista, demostrando la posibilidad de resolución rápida y oportuna esta patología y la necesidad de capacitar a los médicos generales en zonas sin disponibilidad de especialistas a realizar este tipo de intervenciones.

Palabras clave: Absceso Peritonsilar, Drenaje, Otolaringología, Urgencias

EDEMA CEREBRAL AGUDO, E HIPONATREMIA DILUCIONAL POR INTOXICACIÓN CON METANFETAMINAS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Melo Hernández Josefa (1); Elicer Reyes Pablo (2), Cortés León Rodrigo (1), Astudillo Marchant Rocío (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona Hospital de Coinco, Coinco. (2) Médico Cirujano, Hospital de Coinco, Coinco

Introducción: El edema cerebral agudo es la inflamación del cerebro, que puede provocar secuelas catastróficas, según la gravedad del cuadro y su tratamiento oportuno. Es una patología relativamente común que se puede originar por diversas casusa. El objetivo del presente, es analizar sobre el consumo de metanfetaminas y su relación con la hiponatremia dilucional y edema cerebral agudo, además de analizar el tratamiento oportuno de ambas patologías.

Presentación del caso: Paciente femenina de 36 años, a urgencias en glasglow 7, desaturando hasta 88% ambiental con poca respuesta a estímulos. Acompañantes refirieron que paciente consumió un comprimido de éxtasis y 6 litros de agua en tres horas previas. Los exámenes destacaron hiponatremia severa en 115. Evoluciona con pérdida de control de esfínter por lo que se decidió intubación orotraqueal. Posteriormente se hospitalizó en unidad de cuidados intensivos, se tomó tomografía de cerebro que destacó edema cerebral difuso moderado y en el examen toxicológico dio positivo para cocaína y metanfetaminas. Se manejó con suero hipertónico al 3% y restricción de agua libre, logrando revertir edema cerebral y logrando corrección de natremia. La paciente se recuperó sin secuelas, logrando extubación a las 24 horas. Se dejó en observación por cinco días en recinto hospitalario para finalmente dar el alta. La paciente autoriza la publicación de su caso clínico.

Discusión y conclusiones: La intoxicación por metanfetaminas provoca la liberación inadecuada de la hormona antidiurética (ADH), lo que se causa ingesta excesiva de agua libre, inhibiendo además la diuresis, lo que finalmente provoca retención acuosa y una consecuente hiponatremia dilucional y un consecuente edema cerebral de gravedad variable. La paciente, en este caso, presentó hiponatremia severa y edema cerebral moderado asociado, requiriendo intubación orotraqueal y manejo en UCI. El tratamiento con suero hipertónico al 3% y restricción hídrica fue efectivo. La paciente se recuperó sin secuelas neurológicas y fue dada de alta después de 5 días. Este caso destaca la importancia de reconocer y tratar oportunamente la hiponatremia y el edema cerebral en pacientes con intoxicación por éxtasis y consumo excesivo de agua para prevenir complicaciones graves.

Palabras clave: Edema cerebral, Metanfetamina, Hiponatremia, diuresis

EDEMA PALPEBRAL SECUNDARIO A USO PROLONGADO DE CORTICOIDES SISTÉMICOS, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Bezama Gattas Felipe (1); Do Valle Monken Luiza (2), Rejon Andrade Andrés (3), Araujo Ballester Lisneidy (3)

Afiliaciones: (1) MGZ, CESFAM Dr. Sergio Lagos Olave, Lota. (2) MGZ, CESFAM Dr. Juan Cartes Arias, Lota (3) Médico Cirujano, CESFAM Dr. Juan Cartes Arias, Lota

Introducción: Los glucocorticoides son medicamentos ampliamente usados para el manejo de muchas enfermedades en la medicina, teniendo múltiples efectos adversos que pueden afectar diferentes órganos del cuerpo. Lo anterior, dosis y duración dependiente, siendo la indicación de manera crónica y a dosis altas donde en mayor proporción se producen. A continuación, se presenta el caso de una reacción adversa a corticoterapia, manifestado a nivel oftalmológico en paciente oncológica de cuidados paliativos en atención primaria.

Presentación del caso: Paciente femenina de 46 años, con antecedentes de astrocitoma, que debutó inicialmente de bajo grado en 2012, tratado con cirugía más radioterapia adyuvante, el cual recidiva en 2024. Por lo anterior, y debido al efecto de masa y edema, sin opciones de tratamiento, se ingresó al programa de cuidados paliativos oncológicos, donde se le indicó terapia crónica con dexametasona 4mg cada 6 horas vía oral. Consultó a los 6 meses después por presentar lesión en ambos ojos, descrita como aumento de volumen palpebral superior e inferior, bilateral, tipo sacular, de contenido líquido amarillento, que impide la oclusión total de los ojos, asociado a xeroftalmia y dolor. Se derivó a Oftalmología, dónde se realizo diagnóstico atipico de edema palpebral secundario a uso prolongado de corticoides sistémicos. Debido a esto, se decidió suspender la terapia de forma progresiva con este fármaco.

Discusión y conclusiones: Si bien la indicación de corticoesteroides es ampliamente utilizada en medicina, se deben tener en cuenta los efectos adversos que pueden producir tanto a nivel sistémico como en órganos específicos. Por lo anterior, estar atento a complicaciones es esencial, para identificarlas precozmente, debido a que en ocasiones se manifiestan de formas poco frecuentes como en el caso de edema palpebral.

Palabras clave: Edema, Glucocorticoides, Astrocitoma

EFECTOS SECUNDARIOS POR CORTICOIDES SISTÉMICOS EN PACIENTE ADULTO CON PSORIASIS CUTÁNEA: A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Martínez Saldaña, Benjamín (1); Faúndez Ahumada, Joaquín (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Alejandro del Río, Puente Alto, Santiago

Introducción: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, de base genética y mediada inmunológicamente, generalmente manifestada con un curso crónico de exacerbaciones y remisiones, agravada por múltiples factores(1). Su presentación clásica son lesiones cutáneas eritemato-descamativas, aunque también puede tener afectación de mucosas, faneras y articulaciones. Si bien el tratamiento de elección está dado por uso de corticoides tópicos(2), el uso de corticoides sistémicos puede generar un fenómeno conocido como rebote psoriático, forma potencialmente grave.

Presentación del caso: Hombre, 46 años, con psoriasis cutánea desde 2023 e hipertensión arterial. Refiere cuadro de 2 semanas de evolución, de progresión acelerada de lesiones psoriáticas junto con dolor articular de ambas manos. Al examen físico destacan placas psoriáticas en codos, rodillas, región lumbar y pequeñas lesiones descamativas generalizadas en abdomen y tórax, sin signos de sinovitis. Destaca hace 3 semanas, uso de betametasona intramuscular en 2 oportunidades, en contexto de síndrome de manguito rotador. En evaluación se evidencia psoriasis cutánea que compromete entre 15-20% de superficie corporal. No se evidencian lesiones pustulosas, fiebre u otros síntomas de compromiso de estado general. Derivado a medicina interna y dermatología CRS Cordillera, se realiza estudio ambulatorio, evidenciándose estudio inmunológico seronegativo, y estudio radiológico de manos sin signos de lesión erosiva interarticular. Se confirma en este contexto artritis psoriática y se plantea, inicio de fototerapia y metrotexato oral.

Discusión y conclusiones: La betametasona es un corticoide de potencia alta, que al administrarse por vía intramuscular puede tener un efecto sistémico prologando, con una vida media de hasta 36 horas. Si bien se puede evidenciar mejoría clínica en relación a psoriasis cutánea en el corto plazo, siempre se debe considerar el riesgo de rebote psoriático que dichos fármacos tienen, ya que una vez acabado su efecto se puede reactivar el proceso inflamatorio característico de psoriasis y desestabilizar un cuadro previamente controlado. Por esto es importante considerar todos los antecedentes mórbidos de los pacientes, al momento de indicar uso de corticoides sistémicos, considerando que su efecto no es inocuo para la salud y el organismo.

Palabras clave: Corticoides sistémicos, Psoriasis cutánea, Rebote psoriático

EL CORAZÓN DELATOR, Y OTROS CASOS CLÍNICOS INFANTILES

Autores: Fica Alarcón Leonardo (1); Donoso Briceño Viviana (1), Castillo Castillo Felipe (2), Campos Rojas José Manuel (3)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Quellón, Quellón, Chiloé. (2) Médico General de Zona, CESFAM Alemania, Calama, El Loa. (3) Médico General de Zona, CESFAM Recoleta, Recoleta, Santiago.

Introducción: Las cardiopatías son un grupo heterogéneo de enfermedades que se pueden clasificar de acuerdo con la causa fisiopatológica y la estructura o función afectada. Por esta razón, similar al cuento de Edgar Allan Poe, donde sentimos subconscientemente un corazón pidiendo ser escuchado, hay casos clínicos con síntomas inespecíficos pueden tener un origen cardiaco. Acá presentamos 2 casos clínicos buscando ilustrar esto.

Presentación del caso: El primer caso trata de una adolescente de 13 años que consulta por palpitaciones paroxísticas autolimitadas sin gatillante específico de 5 minutos de duración, asociado a leve opresión al pecho, sin síntomas neurovegetativos ni otros síntomas cardiorrespiratorios, solicitándose exámenes de laboratorio, con resultados dentro de límites y un electrocardiograma. En este se halla ritmo regular con un intervalo PR corto de 102 ms sin onda delta, por lo que se plantea un Síndrome de Lown-Ganong-Levine. Mientras que el segundo caso es una preescolar de 4 años que acude para revisión de una glicemia basal solicitada por polidipsia, la glicemia se encontraba en valor normal, pero buscando otras posibles causas de esta polidipsia se rescata que la paciente presentaba sudoración excesiva desde el periodo de lactante, asociado a dificultades con la lactancia, hallando al examen físico un soplo cardiaco audible en todo el precordio. Ambos casos fueron finalmente derivados a atención secundaria para mayor estudio.

Discusión y conclusiones: La principal causa de cardiopatía es congénita, estimándose en Chile una prevalencia de 8-10 por cada 1000 nacidos vivos, pero cerca de un 27% de ellas pasan son diagnosticadas en adultos por presentar síntomas inespecíficos o no presentar síntomas hasta esta edad. Por un lado, la comunicación interauricular (CIA) representa un 9 – 11% de las cardiopatías congénitas (CC) diagnosticadas en la niñez, pero un 22 – 30% de las CC en adultos. Por otro lado, las alteraciones del automatismo y la conducción cardiaca son más frecuentes a mayor edad por factores de riesgo adquiridos, siendo la principal alteración del ritmo la fibrilación auricular, en contraparte, los síndromes de preexitación se presentan a edades más tempranas, encontrándose la mayoría en menores de 2 años, con una prevalencia de 0.1 - 0.3% en la población general.

Palabras clave: Cardiopatías, Defectos del Tabique Interatrial, Trastorno del Sistema de Conducción Cardíaco

El Rostro Neurológico de la Anemia Perniciosa: Degeneración Combinada Subaguda con Recuperación Funcional (Reporte de Caso)

Autores: Ayala Farías Martín (1); Rehbein Vicuña Roberto (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM René Tapia Salgado, Chiloé. (2) Interno de medicina, Universidad San Sebastián, Sede de la Patagonia, puerto Montt, Chile

Introducción: La deficiencia de vitamina B12 (cobalamina) es una causa frecuente de alteraciones hematológicas y neurológicas. La etiología más común de malabsorción en adultos es la Anemia Perniciosa, producida por autoinmunidad contra células parietales y déficit de factor intrínseco. Su complicación neurológica más grave es la Degeneración Combinada Subaguda (DCS), con desmielinización de cordones posteriores y laterales de la médula espinal, que se manifiesta con parestesias, ataxia y déficit sensitivo. El diagnóstico precoz y la reposición parenteral son determinantes para prevenir discapacidad irreversible.

Presentación del caso: Paciente masculino de 59 años, hipertenso, con hallazgo ambulatorio de anemia macrocítica y vitamina B12 <50 pg/mL (déficit severo). Inició esquema de carga con cianocobalamina intramuscular. Dieciocho días después consultó por marcha inestable y disartria leve; al examen presentaba marcha atáxica y disdiadococinesia izquierda, configurando síndrome cerebeloso. Se derivó a urgencias con sospecha de accidente cerebrovascular cerebeloso vs DCS por déficit de B12. El estudio confirmó ataxia sensitiva, DCS y Anemia Perniciosa (anticuerpos anticélulas parietales 13,3; “indeterminado”). Se mantuvo cianocobalamina intramuscular (semanal y luego mensual), con mejoría progresiva y vitamina B12 de 362 pg/mL al control a seis semanas.

Discusión y conclusiones: Este caso muestra que la DCS por déficit de B12 puede simular un evento vascular agudo. La clínica de ataxia y síndrome cerebeloso, junto con la confirmación inmunológica de Anemia Perniciosa, apoyan el diagnóstico. La reposición intramuscular intensiva logró revertir el deterioro neurológico, en concordancia con lo descrito en la literatura. La DCS es una urgencia diagnóstica, y su reconocimiento temprano permite evitar secuelas neurológicas permanentes. El déficit severo de vitamina B12 secundario a Anemia Perniciosa puede producir compromiso neurológico grave. La sospecha clínica, el estudio oportuno y la reposición intramuscular de por vida son fundamentales para la recuperación funcional.

Palabras clave: Anemia Perniciosa, Ataxia, Cianocobalamina, Deficiencia de Vitamina B 12, Vitamina B12.

EMBARAZO GEMELAR ECTÓPICO, REPORTE DE CASO

Autores: Soto Cornejo, Daniela Victoria Tamar (1); Gómez Neumann, Kathalina Constanza (2), Huerta Paredes, Iván Marcelo (2), Held Espinoza, Beatriz Magdalena (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Universidad Católica del Maule, Chile (2) Interna/o de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Patagonia, Chile

Introducción: El embarazo ectópico (EE) se define como la implantación de un óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina, siendo la localización tubárica la más frecuente. Representa aproximadamente el 2% de los embarazos. Un embarazo gemelar ectópico es una condición extremadamente rara, con una incidencia estimada de 1 en 125.000 gestaciones. A pesar de los factores de riesgo reportados por la literatura, la mayoría de las pacientes no tiene un factor de riesgo identificable. La presentación clínica es variable, abarcando desde pacientes asintomáticas hasta abdomen agudo ginecológico y shock hemorrágico. La ecografía transvaginal es el método diagnóstico de elección. Se presenta un caso de embarazo gemelar tubárico unilateral diagnosticado por ecografía y tratado quirúrgicamente.

Presentación del caso: Mujer de 36 años, multípara de uno, sin uso de métodos anticonceptivos, con cuadro de dolor abdominal hipogástrico y metrorragia de dos semanas de evolución. Hemodinámicamente estable. En la ecografía transvaginal se observó masa anexial izquierda con dos sacos gestacionales y dos embriones sin latidos cardiofetales, con estimación de 8 semanas gestacionales. Se realizó laparotomía exploradora y salpingectomía izquierda. Dentro de los hallazgos operatorios se describe hemoperitoneo, torsión anexial izquierda y dos sacos gestacionales implantados en la región ampular izquierda. El estudio histopatológico confirmó embarazo ectópico gemelar monocorial biamniótico. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta sin complicaciones.

Discusión y conclusiones: El EE gemelar tubárico unilateral es una entidad infrecuente y poco descrita. La clínica del EE gemelar parece no diferir de los síntomas que se presentan en un EE único o un EE heterotópico. La herramienta clave para su diagnóstico sigue siendo la ecografía transvaginal. Al igual que el caso reportado, el EE gemelar fue tratado de forma quirúrgica en la totalidad de los reportes de casos revisados. No se encontraron estudios que analicen el uso de manejo médico en EE gemelares no complicados. Se podría inferir que este tipo de EE conllevan un mayor riesgo de ruptura, por lo que el tratamiento quirúrgico sería la primera línea de manejo. Este caso contribuye a la evidencia sobre la presentación y manejo de esta rara entidad en nuestro medio.

Palabras clave: Embarazo ectópico, Embarazo gemelar, Laparotomía, Salpingectomía

ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTI-RECEPTOR NMDA, EN PACIENTE CON POLICONDRITIS RECIDIVANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Mellado Riquelme Carol (1); Schulten Solimano Katia (1), Delgado Cabezas Juan (2), Do Valle Monken Luiza (1).
Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, CESFAM Dr. Juan Cartes Arias, Lota. (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Juan Cartes Arias, Lota.

Introducción: La encefalitis sigue siendo una causa importante de morbimortalidad. Dentro de las variadas etiologías tenemos las de causa autoinmune, cuya prevalencia ha superado la etiología viral. Su diagnóstico es un desafío dado la variada presentación clínica. . Se presenta el caso de un paciente con antecedente de policondritis recidivante y evolución clínica compatible con encefalitis autoinmune, confirmado posteriormente por serología específica.

Presentación del caso: Paciente masculino de 45 años con antecedentes de síndrome ansioso y policondritis, derivado a urgencia por cuadro catatónico y síndrome confusional de semanas de evolución. Su Punción lumbar evidenció líquido cefalorraquídeo (LCR) con pleocitosis mononuclear y proteinorraquia. Los estudios de neuroimagen iniciales fueron normales. Se inició tratamiento empírico con antibióticos y antivirales, sin hallazgos infecciosos. Ante alta sospecha de compromiso neurológico autoinmune, se instauró terapia inmunosupresora con corticoides, ciclofosfamida e inmunoglobulina, con respuesta clínica parcial. Luego RM cerebral mostró hallazgos compatibles con encefalitis hipocampal bilateral. El panel de autoinmunidad, disponible semanas después (por costos económicos), confirmó presencia de anticuerpos anti-NMDA en LCR. Durante su hospitalización, el paciente presentó múltiples complicaciones infecciosas, incluyendo bacteriemias, colitis por Clostridium difficile, lo que condicionó limitación en la terapia inmunosupresora. A pesar de los tratamientos instaurados (incluyendo rituximab), la evolución fue tórpida, con secuelas neurológicas importantes, espasticidad, requerimiento de soporte nutricional por sonda nasoyeyunal, dependencia severa. Tras estabilización clínica, se planificó traslado a domicilio.

Discusión y conclusiones: Este caso nos ejemplifica la complejidad diagnóstica y terapéutica de la encefalitis autoinmune, especialmente en pacientes con comorbilidades inmunológicas como la policondritis. La demora en la confirmación serológica refleja una barrera frecuente en el manejo oportuno. Las infecciones intercurrentes limitaron la inmunosupresión agresiva, lo cual pudo influir en el pronóstico, a pesar de haber tenido un abordaje multidisciplinario, y seguimiento estrecho por neurología y reumatología.

Palabras clave: Enfermedades Autoinmunes, Encefalitis, Policondritis Recurrente

ENCEFALITIS AUTOINMUNE SERONEGATIVA SOSPECHA DE ANTICUERPO ANTI RECEPTOR N-METIL-D-ASPARTATO ASOCIADA A ABORTO RETENIDO: REPORTE DE CASO

Autores: Javiera Valdivia Utreras (1); Gabriela Lagos Fernández (1), Emily Fernández Labra (1), Ignacio Peñaloza Cuadra (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital del Salvador de Peumo, Peumo, Región de O´higgins.

Introducción: Las encefalitis autoinmunes constituyen un grupo heterogéneo de patologías mediadas por autoanticuerpos dirigidos contra antígenos neuronales. La forma asociada a anticuerpos anti receptor N-metil-D-aspartato (anti-NMDA) es una de las causas más frecuentes de encefalitis autoinmune en adultos jóvenes, especialmente mujeres, y puede presentarse con manifestaciones neuropsiquiátricas, convulsiones y alteraciones del nivel de conciencia. Su diagnóstico representa un desafío en hospitales de baja complejidad debido a su carácter infrecuente y a la necesidad de estudios específicos. Se presenta el caso de una paciente joven con encefalitis autoinmune seronegativa probable anti-NMDA, cuyo cuadro se desarrolló en el contexto de un aborto retenido en el Hospital del Salvador de Peumo.

Presentación del caso: Paciente femenina de 28 años, cursando embarazo de 11+6 semanas, consultó inicialmente en el Hospital de Peumo por cuadro de vértigo, con características periféricas a excepción de head impulse test normal. Se consultó vía telefónica a neurólogo de turno quien indica manejo ambulatorio. 2 semanas después se agregó dolor abdominal, ictericia, compromiso de conciencia y mutismo, por lo que fue derivada al Hospital de Rengo, donde se diagnosticó aborto retenido de 14+3 semanas, siendo trasladada al Hospital Franco Ravera Zunino para manejo especializado. Ingresó a la Unidad de Paciente Crítico por síndrome confusional agudo, fiebre y crisis convulsivas durante traslado, requiriendo manejo de vía aérea. Se realizó angio-TC de cerebro que resultó normal, y estudio de líquido cefalorraquídeo, que mostró pleocitosis con patrón inflamatorio no infeccioso. Se solicitaron estudios complementarios (panel de encefalitis, perfil inmunológico, RM cerebral con gadolinio y EEG), todos dentro de rangos normales. Recibió antibioticoterapia empírica con ampicilina/sulbactam y clindamicina por tres días. Dado el contexto clínico, se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona y plasmaféresis interdiarias por cinco ciclos. Posteriormente se realizó legrado uterino. Paciente evoluciona favorablemente, siendo extubada sin conflictos. Evaluada por equipo de neuroinmunología, quienes consideraron el cuadro sugerente de encefalitis anti-NMDA, iniciándose prednisona y rituximab. Evolucionó favorablemente, sin nuevos eventos convulsivos ni febriles, con recuperación progresiva del estado de conciencia y motor. Se trasladó al Hospital de Peumo para continuar rehabilitación neurológica con parcial respuesta, logra sedestación y deambulación con apoyo. Se contó con la autorización de paciente para la publicación del caso clínico.

Discusión y conclusiones: La encefalitis autoinmune anti-NMDA puede asociarse a procesos ginecológicos u obstétricos, incluyendo teratomas y, raramente, abortos. El caso destaca la importancia del reconocimiento precoz de un síndrome neuropsiquiátrico rápidamente progresivo en una paciente joven, especialmente cuando los estudios infecciosos resultan

negativos. El manejo inmunomodulador oportuno con corticoides, plasmaféresis y rituximab permitió una evolución favorable. Este caso resalta la relevancia de la sospecha clínica en hospitales rurales y la necesidad de establecer redes asistenciales efectivas para diagnóstico y manejo especializado. Aporta evidencia sobre la presentación atípica de encefalitis autoinmune seronegativa en contexto obstétrico y refuerza la importancia del abordaje interdisciplinario entre ginecología, neurología e inmunología.

Palabras clave: Aborto espontáneo, Encefalitis autoinmune, Encefalitis por receptores NMDA, Trastornos neuropsiquiátricos.

ENCEFALITIS AUTOINMUNE. UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A TENER EN CUENTA POR EL MÉDICO GENERAL

Autores: Matus Orrego Matías (1), Jofré Guerra Andrea (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Comunitario 21 de Mayo, Taltal.

Introducción: La encefalitis autoinmune corresponde a la inflamación encefálica asociada a la acción de anticuerpos contra antígenos celulares intraneuronales o contra proteínas sinápticas. Su clínica es heterogénea, abarcando una amplia gama de elementos neurológicos y psiquiátricos dependiendo del área anatómica afectada y el tipo de anticuerpo presente. El objetivo de este caso clínico es resaltar el rol del médico general en la sospecha clínica inicial de esta patología y su pronta derivación.

Presentación del caso: Hombre de 43 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta en urgencia de atención primaria (APS) refiriendo cuadro de un día de evolución caracterizado por confusión, mareo y rigidez muscular derecha. Al examen físico se encuentra febril, normocárdico, normotenso, orientado, inatento, con agitación psicomotora, levemente disártrico, leve hemiparesia braquiocrural derecha, sin otros hallazgos. Se traslada a centro de referencia para toma de resonancia encefálica que resulta normal, laboratorio anodino. Se amplía estudio con tomografía de encéfalo, punción lumbar y estudio en sangre de VIH y sífilis, todos dentro de límites normales. Habiendo descartado participación infecciosa en el cuadro, se plantea diagnóstico de encefalitis autoinmune y se administran pulsos de metilprednisolona durante cinco días. Evoluciona con signología y sintomatología con tendencia a la resolución, siendo dado de alta para continuar estudio de forma ambulatoria.

Discusión y conclusiones: La encefalitis autoinmune es una patología de difícil diagnóstico, especialmente en escenarios clínicos donde las posibilidades de estudio imagenológico y de laboratorio son limitadas. En el contexto de APS es importante realizar un examen físico neurológico minucioso y plantear una adecuada sospecha clínica. El médico general también puede aportar identificando posibles exposiciones tóxicas y realizando un estudio inicial orientado a diagnósticos diferenciales. Esto último no debe retrasar la derivación oportuna a un centro con mayores posibilidades diagnósticas y terapéuticas, pues una vez planteada la hipótesis de encefalitis autoinmune, el estudio y tratamiento de está será por el especialista. No obstante, luego de un estudio etiológico completo y habiendo descartado un posible origen infeccioso, vascular, metabólico o paraneoplásico del cuadro, hasta en un 60% de los casos no se logra establecer un diagnóstico preciso y definitivo, optándose por la terapia inmunosupresora empírica.

Palabras clave: Encefalitis, Autoinmunidad, Inmunosupresión, Diagnóstico diferencial

ENCEFALITIS INMUNOMEDIADA EN PACIENTE CON ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS COMPLEJOS: DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Autores: Zegarra Valenzuela Sofía Paz (1); Stuardo Castillo Isidora Patricia (2), Murúa Plaza Renata Lorena (3), Campusano Díaz Benjamín (4)
Afiliación: (1) Médico General de Zona, CESFAM Quinta de Tilcoco/CECOSF Guacarhue, Quinta de Tilcoco. (2) Médico General de Zona, Hospital de Villarrica, Villarrica. (3) Médico General de Zona, Hospital de Chimbarongo, Chimbarongo. (4) Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.

Introducción: Las encefalitis inmunomediadas representan un desafío diagnóstico debido a su presentación clínica a menudo atípica, que puede simular trastornos psiquiátricos, y su asociación potencial con neoplasias ocultas. Un diagnóstico y tratamiento oportunos son cruciales para el pronóstico funcional y vital. Se presenta el caso de una paciente con comorbilidad psiquiátrica severa que debutó con síntomas neurológicos agudos y estatus convulsivo, requiriendo manejo avanzado y develando una masa tumoral como probable etiología paraneoplásica.

Presentación del caso: Paciente femenino de 56 años con antecedentes de Trastorno por Estrés Postraumático, Depresión Mayor y Trastorno Obsesivo Compulsivo, quien estuvo hospitalizada por intento de autolisis, reingresó 1 mes después por compromiso cualitativo de conciencia, temblores, disartria y pérdida de control de esfínteres. Durante la hospitalización, el cuadro progresó a múltiples episodios convulsivos clónicos generalizados y estridor laríngeo, requiriendo intubación orotraqueal y traslado a UCI por sospecha de estatus convulsivo. El estudio inicial (Scanner cerebral, laboratorio y Electroencefalograma) fue inespecífico, con líquido cefalorraquídeo mostrando solo proteinorraquia. Ante el rápido deterioro neurológico y la refractariedad, se asumió un cuadro de Encefalitis Inmunomediada, iniciando pulsos de Metilprednisolona e Inmunoglobulina. En la búsqueda etiológica, un scanner reveló una voluminosa masa sólida uterina, con alta sospecha de sarcoma, planteándose el diagnóstico de encefalitis paraneoplásica. Tras el tratamiento inmunosupresor, la paciente logró la extubación y rehabilitación motora, con mejoría neurológica y se dio de alta con seguimiento en policlínico de ginecología. El Consentimiento Informado para la publicación del caso está disponible.

Discusión y conclusiones: Este caso subraya la dificultad diagnóstica de las encefalitis autoinmunes, en especial ante antecedentes psiquiátricos, donde los síntomas neurológicos se pueden interpretar erróneamente. La rápida instauración de inmunoterapia fue fundamental para la resolución del estatus y la recuperación. El hallazgo de la masa uterina resalta la necesidad de una búsqueda activa y dirigida de etiologías paraneoplásicas en cuadros inexplicados. Este reporte evidencia el valor de la alta sospecha clínica y la iniciación empírica temprana del tratamiento, aportando a la evidencia del manejo multidisciplinario.

Palabras clave: Encefalitis Autoinmune, Estado Epiléptico, Neoplasias Uterinas, Síndromes Paraneoplásicos.

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN MULTICÉNTRICA IDIOPÁTICA, REPORTE DE CASO.

Autores: Hamidi Vadeghani Majd Neshat (1).; Espinoza Correa Bastián (2), Mendoza Burgos Tomás (1).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM de Puaucho, Puaucho, San Juan de La Costa. (2) Médico General de Zona, Hospital de Purranque, Purranque.

Introducción: La Enfermedad de Castleman (EC) o Hiperplasia Linfoide Angiofolicular es un trastorno linfoproliferativo benigno infrecuente. Presenta dos entidades: unicéntrica y multicéntrica. Ésta se subclasifica ante la presencia de Virus Herpes Humano 8 o su ausencia (EC multicéntrica idiopática) (1). El diagnóstico requiere un enfoque sistemático, siendo crucial la biopsia. El objetivo de este reporte es describir un caso de EC multicéntrica idiopática para contribuir al estudio y comprensión de esta rara enfermedad.

Presentación del caso: Paciente masculino de 28 años, con antecedente de rinitis alérgica, usuario de metilprednisolona trimestral. Consentimiento informado firmado. Consultó por cuadro de 3 años de evolución de adenopatía cervical izquierda. Sin fiebre, pérdida de peso, fatiga, sudoración ni artralgias. Con historia de 10 meses de lesiones urticariales intermitentes en cuello, torso y piernas. Al examen físico se palpaba adenopatía cervical de 1cm indolora, sin otros hallazgos. Al laboratorio destacaba IgG e IgM de Virus Epstein Barr positivos, asociado a un cuadro de mononucleosis hace 2 años resuelto. Además presentaba hipergammaglobulinemia policlonal, sin otras alteraciones. Se solicitó Tomografía Axial Computada de cuello, tórax, abdomen y pelvis con contraste que mostró múltiples linfadenopatías cervicales bilaterales, la mayor de 21x16cm, adenopatía supraclavicular de 1cm y esplenomegalia. Biopsia ganglionar muestra EC hialino vascular. Se maneja con prednisona en dosis bajas con buena respuesta. Actualmente no ha presentado nuevos síntomas, por lo que se mantiene conducta expectante.

Discusión y conclusiones: Dada la baja incidencia de la EC, no es infrecuente que sea confundida con otras patologías como linfomas o procesos infecciosos e inflamatorios (2), por lo que el diagnóstico debe realizarse a través de histopatología. Si bien es una condición poco frecuente, se debe tener en consideración ante la presencia de adenopatía cervical en paciente joven (3). Es de gran importancia precisar el diagnóstico y su carácter unicéntrico o multicéntrico, dadas las implicancias en tratamiento y pronóstico. La EC unicéntrica es curable a través de la resección del linfonodo afectado. La EC multicéntrica tiene un espectro de tratamiento y pronóstico variable, pudiendo ser letal en los casos más severos. Es posible manejar la EC multicéntrica idiopática de manera expectante y controles frecuentes si se mantiene asintomática.

Palabras clave: Enfermedad de Castleman, Hiperplasia Linfoide Angiofolicular, Ganglios Linfáticos, Trastornos Linfoproliferativos.

ENFERMEDAD DE CREUZFELDT-JAKOB ESPORÁDICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Polit Muñoz Andrés Esteban (1); Pino Luengo Rodrigo Felipe (1), Arcos Moraga Javier Ignacio (1)
Afiliaciones: (1) Medico General de Zona, Hospital San José de Parral, Parral, Maule.

Introducción: La enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (ECJ) es una encefalopatía espongiforme transmisible causada por la acumulación de priones anómalos en el sistema nervioso central, generando neurodegeneración rápida e irreversible. A pesar de su baja incidencia, es un desafío diagnóstico debido a su gran letalidad y la necesidad de tener que descartar diagnósticos diferenciales, como accidente cerebro vascular (ACV) o patologías infecciosas. Por lo que toma gran importancia el tener que registrar la documentación y análisis de estos casos.

Presentación del caso: Masculino de 63 años con antecedentes de acv bihemisférico hace 3 meses. Acudió por aumento de su disartria de base y movimientos involuntarios. Se ingresa en contexto de ACV de fosa posterior. Durante la hospitalización el paciente sufre quiebre clínico con presencia de mioclonías, dismetría, mutismo y alteración cualitativa de conciencia. Se realiza resonancia magnética de cerebro la cual demostraba restricción en difusión cuerpo estriado bilateral y del parénquima cortical supratentorial bilateral asimétrico. En el resto de los estudios se destacó en electroencefalograma con actividad epileptiforme interictal generalizada. Dada la clínica expuesta, sumado a hallazgos imagenológicos y electroencefalográficos y con estudio diferencial sin hallazgos, se plantea según criterios cuadro probable de enfermedad de Creutzfeldt Jakob. Se habla con tutora donde da la autorización para la realización de este caso clínico. Sin embargo, paciente con mala evolución con altos requerimientos de oxígeno y deterioro cuantitativo de conciencia llegando al fallecimiento de este.

Discusión y conclusiones: Este caso clínico tiene como objetico el describir el curso clínico y el razonamiento diagnóstico de un paciente que inicialmente había ingresado por sospecha de ACV, pero cuya evolución neurológica, junto con los hallazgos imagenológicos y electroencefalográficos, permitieron plantear la hipótesis de ECJ. Este reporte busca aportar al conocimiento clínico de una patología infrecuente, destacando la importancia del razonamiento clínico secuencial. Donde se evidenció que el cuadro inicial puede simular otras patologías neurológicas.

Palabras clave: Imagen de Difusión por Resonancia Magnética, Priones, Síndrome de Creutzfeldt-Jakob.

ENFOQUE INTEGRAL, ESPIRITUALIDAD Y RESILIENCIA EN PACIENTE CON MULTIMORBILIDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Frías Navarro Jessamine (1), Neira Iturrieta Gabriela (2), Jaque González Yasna (3)
Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, Cesfam de Barrancas, San Antonio, Valparaiso. (2) Médica General de Zona, Cesfam Santo Domingo, Santo Domingo, Valparaiso. (3) Médica General de Zona, Cesfam Cartagena, Cartagena, Valparaiso.

Introducción: En Chile se ha implementado la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP), cuyo objetivo es brindar una atención de salud enfocada en la persona como un todo, desplazando el modelo tradicional centrado en la enfermedad. Esta estrategia promueve un abordaje individualizado, integral y participativo, donde la persona asume un rol activo en la toma de decisiones sobre su salud. El siguiente caso clínico evidencia la relevancia de este enfoque en el manejo de un paciente complejo y de alto riesgo, destacando los beneficios de una atención integral, coordinada y humanizada.

Presentación del caso: Paciente masculino de 61 años, con antecedentes de fibrosis pulmonar avanzada, artritis reumatoide, hipertensión arterial, reemplazo valvular mitroaórtico, isquemia miocárdica, insuficiencia cardíaca con fracción de eyección de 29%, fibrilación auricular, portador de marcapasos y accidente cerebrovascular, en contexto de cuidados paliativos. Presentaba polifarmacia (20 medicamentos indicados por siete especialistas), disnea progresiva y desaturaciones, requiriendo incremento del flujo de oxígeno durante las atenciones, además de dificultades para el traslado y permanencia en centros de salud. Se realizó ingreso a ECICEP, estableciendo un plan de manejo en duplas profesionales, reduciendo la fragmentación del cuidado y los traslados innecesarios. El abordaje se centró en aspectos psicosociales y espirituales, junto al manejo integral de sus patologías, educación en farmacoterapia y prevención de descompensaciones. Se promovió un contacto cercano, con escucha activa y validación de emociones, resolviendo inquietudes y definiendo objetivos a corto y mediano plazo para mejorar su calidad de vida. El paciente mantuvo su motivación y sentido de trascendencia gracias a su espiritualidad, cuya validación por el equipo favoreció la adherencia terapéutica y la relación de confianza. Se contó con consentimiento informado para el uso de la información clínica.

Discusión y conclusiones: El caso ejemplifica la complejidad del manejo de la multimorbilidad, donde la fragmentación asistencial incrementa la carga de enfermedad. ECICEP permitió abordar integralmente los aspectos físicos, emocionales y espirituales, optimizando la continuidad y coordinación del cuidado. Validar la dimensión espiritual y promover la participación activa del paciente fortaleció su adherencia y bienestar, evidenciando la humanización del cuidado y su aplicabilidad en contextos de alta dependencia o pronóstico reservado.

Palabras claves: Comorbilidad, resiliencia, Atención Primaria de Salud

ENFRENTAMIENTO DEL TUMOR DEL IRIS, UN HALLAZGO INCIDENTAL QUE AMERITA SEGUIMIENTO:

Autores: Serri López Ibis (1); Valenzuela Leiva Pablo (2), Alegría Tapia María Gracia (3), Serri López Romina (4)

Afiliaciones: (1) Médica general de zona, Hospital San Juan de Dios, Cauquenes, Cauquenes. (2) Médico Oftalmólogo, Hospital San Juan de Dios, Cauquenes, Cauquenes. (3) Médica general de zona, CESFAM Loma Colorada, San Pedro de la Paz, Concepción. (4) Interna de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.

Introducción: Los tumores del iris incluyen un amplio espectro de diagnosticos, tanto benignos como malignos. Se clasifican en solidos o quisticos, siendo los solidos mas frecuentes. Para su estudio de utiliza la ecografia ocular y la tomografia de coherencia optica. Se manifiestan como una decoloracion o mancha en el iris, en muchos casos no generan compromiso de la agudeza visual ni dolor ocular, por lo que su hallazgo es incidental. El objetivo del caso es destacar la importancia del enfoque diagnostico y el seguimiento adecuado de estas lesiones.

Presentación del caso: Paciente de 49 años sin antecedentes morbidos es derivado a policlinico de oftalmologia por cuerpo extraño en ojo derecho, el cual se extrae sin incidentes. Al examen se pesquizo en ojo izquierdo una masa en el iris que no compormetia el eje visual. Se cita a control para estudio. Al biomicroscopio se evidencia tumor iridiano de 4 x 4 mm, no vascularizado que no contacta con la cornea. Se solicita ecografia ocular tipo B, tomografia de coherencia optica y retinografia, las cuales resultan sin alteraciones. Se diagnostica quiste iridiano y se indican controles seriados. Paciente firma consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: Los tumores del iris en muchas ocaciones van a ser hallazgos incidentales debido a la ausencia de sintomas que generan, por lo cual es fundamental un examen completo en cualquier atencion oftalmologica. Su hallazgo plantea un desafio diagnostico importante dada la necesidad de distinguir entre lesiones benignas, como los quistes, y neoplasias malignas, como el melanoma de iris. Como se evidencia en el caso es fundamental determinar las características morfologicas, vascularizacion y relacion con estructuras adyacentes para lograr caracterizar la lesion, ademas de complementarlo con estudios como la ecografia y la tomografia de coherencia ocular. Esta evaluacion integral nos va a permitir llegar al diagnostico adecuado y definir el tratamiento o seguimiento que corresponda. Como conclusion, es esencial realizar un examen oftalmologico completo y utilizar los estudios disponibles al enfrentarse a un tumor del iris debido a la amplia gama de etologias a las que se asocia.

Palabras clave: Hallazgos Incidentales, Iris, Neoplasia del Iris.

ENFRENTÁNDOSE A UN GUSANO EN UN FRASCO. UN CASO DE SALUD RURAL (NO UN TUTORIAL DE BALDUR'S GATE III)

Autores: Fica Alarcón Leonardo (1); Donoso Briceño Viviana (1), Urbina Núñez Nicole (2), Frías Navarro Jessamine (3)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Quellón, Quellón, Chiloé. (2) Médico General de Zona, Hospital Dr. Hans Gronemann Gland, Contulmo, Arauco. (3) Médico General de Zona, CESFAM Barrancas, San Antonio, San Antonio.

Introducción: Es normal desconcertarse al encontrarse un organismo desconocido, pequeño, blanco y alargado en un frasco, y aún más si estuvo dentro de un cuerpo humano; ésta es la trama de Baldur's Gate III, sin embargo, este escenario de videojuego puede recrear un caso clínico. En este trabajo discutimos el enfrentamiento diagnóstico y terapéutico de helmintiasis intestinal a propósito de un caso clínico con complicaciones asociadas a ruralidad.

Presentación del caso: Paciente preescolar de 3 años de la Isla Chaullín, ubicada a 30 km. del centro de la comuna de Quellón, es llevada al CESFAM por el hallazgo de un "gusano" entre sus deposiciones 2 días previo a la consulta, trayéndolo en bolsa plástica. Usuaria con buen incremento pondo-estatural, sin antecedentes de relevancia, refirie solo constipación ocasional. Vive con ambos padres, y tienen un perro fuera del hogar, sin desparasitaciones al día. La inspección del parásito revela un helminto de 10 centímetros de largo aproximadamente, liso, color nacarado, aparentemente eliminado de manera íntegra. Se realiza diagnóstico presuntivo de ascariasis intestinal, indicándose EPSD a la paciente y contactos, resultando negativos, y tratamiento con albendazol en monodosis, además de enviar el espécimen a laboratorio de DESAM para su estudio, resultando no concluyente Se contacta a la madre para comunicarle resultados de los estudios, señalando que presentaron dificultades asociadas a las condiciones climáticas, por lo que las muestras no iban frescas. Menciona que posterior al tratamiento la paciente expulsó otro parásito, similar al anterior. Debido a EPSD negativos, y aparente tratamiento efectivo, se decide seguimiento por médico de equipo rural y control con EPSD en caso pertinente.

Discusión y conclusiones: La ascariasis es una helmintiasis intestinal producida por el nemátodo Ascaris lumbricoides. Su diagnóstico puede ser realizado por observación directa del espécimen o por observación microscópica de huevos en huevos en muestra de deposiciones. La información respecto a la incidencia de estas parasitosis en Chile es escasa, revelándose en estudios retrospectivos una menor observación de huevos de A. lumbricoides en EPSD respecto otras helmintiasis intestinales, pudiendo esto estar asociado a la existencia de factores de riesgo asociados al nivel socioeconómico y ruralidad.

Palabras clave: Parasitosis intestinales, Ascaris lumbricoides, Nematodos

ENTRE DOLOR Y ESPERANZA: DESENTRAÑANDO EL ENIGMA NEUROPÁTICO DEL SÍNDROME DE PERSONAGE-TURNER

Autores: Hidalgo Veizaga Mónica (1); Olguín Olguín Ricardo (1), Valda Chumacero Rodrigo (2)
Afiliaciones: (1) Médico/a cirujano/a en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Enrique Montt, Calama (2) Médico/a cirujano/a en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Norponiente, Calama

Introducción: El síndrome de Parsonage-Turner (SPT) se caracteriza por ataques agudos de dolor intenso en hombro y brazo, acompañados de debilidad y atrofia muscular temprana. Tiene una incidencia de 3 a 100 casos por cada 100.000 personas al año, siendo más frecuente en hombres. El diagnóstico reciente con electromiografía (EMG) ayuda a distinguirlo de condiciones similares. Los esteroides en pulsos alivian inicialmente el dolor, pero la recuperación de la fuerza y el dolor duradero requiere tiempo, fisioterapia y analgésicos no narcóticos. La rehabilitación enfocada en la función musculoesquelética es clave, y la mayoría logra una recuperación total. Se presenta un caso de una mujer de 53 años con diagnóstico de SPT, resaltando la importancia de la terapia de rehabilitación para mejorar el pronóstico

Presentación del caso: Se presenta el caso de una mujer de 53 años que, en 2025, durante sus vacaciones, acudió por dolor intenso y repentino en el antebrazo y mano izquierda. La ecografía mostró tendinopatía de extensores, pero la rehabilitación se suspendió debido a la pérdida total de autonomía y flacidez en la mano. La EMG reveló plexopatía braquial izquierda, y, tras relacionarlo con su historia clínica, se confirmó el SPT. Fue derivada a atención secundaria con especialidades para continuar su rehabilitación

Discusión y conclusiones: El Síndrome de Parsonage-Turner es una neuritis del plexo braquial de causa desconocida, a veces relacionada con infecciones, cirugías o procesos inmunes. Se presenta en varias fases: dolor agudo en el hombro, seguida de parálisis y atrofia muscular (especialmente del deltoides y músculos escapulares), y finalmente una recuperación que suele durar entre 6 meses y 1 año, generalmente sin secuelas. El diagnóstico se basa en la historia clínica, examen físico y estudios de electromiografía que evidencian denervación, siendo frecuente la afectación del nervio supraescapular. Los análisis de laboratorio suelen ser normales, indicándose solo si hay sospecha de otras enfermedades. El tratamiento consiste en aliviar el dolor, mantener la movilidad y recuperar la fuerza muscular. Aunque es una enfermedad rara, debe considerarse en dolores proximales de miembros superiores con signos neuromusculares, y tiene un pronóstico generalmente favorable, con una recuperación del 75% de los pacientes en dos años.

Palabras clave: Amiotrofia, Debilidad, Electromiografía, Plexo braquial, Síndrome de Personage-Turner.

EPISODIO BREVE RESUELTO INEXPLICADO DE ALTO RIESGO EN UN LACTANTE; REPORTE DE CASO

Autores: Flores Rojas Fabián (1); Gormaz Gallardo Sabine (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Posta de Salud Rural Visviri, General Lagos. (2) Médica General de Zona, Hospital Jerónimo Méndez Arancibia, Chañaral. (3) Médico General de Zona, CESFAM Quemchi, Quemchi.

Introducción: En 2016 la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) recomienda reemplazar el término “Evento Aparente que Amenaza la Vida " (ALTE) por “Episodio Breve Resuelto Inexplicado” (BRUE) para describir un evento que es repentino, breve y resuelto en menores de 1 año con una o más de las siguientes características: cianosis o palidez generalizada, respiración ausente, disminuida o irregular, cambios en el tono muscular (hiper-hipotonía) y/o nivel alterado en la capacidad de respuesta. La duración del evento debe ser inferior a 1 minuto y el paciente debe estar asintomático al momento de la evaluación. Clasificándose como BRUE bajo riesgo si se cumplen los siguientes criterios: edad mayor de 60 días, si es prematuro nacimiento después de las 32 semanas y edad mayor de 45 días al momento del evento, duración menor a 1 minuto, sin necesidad de reanimación por parte del personal médico y un primer episodio. Siendo de alto riesgo en caso de no cumplir alguno de ellos.

Presentación del caso: Lactante menor de 2 meses, recién nacido de término de 40 semanas adecuado para edad gestacional, embarazo controlado, sin antecedentes mórbidos ni perinatales de importancia, eutrófico. Madre consultó a Posta de Salud Rural por un cuadro clínico de 1 mes de evolución descrito como episodios recurrentes posteriores al llanto caracterizados por pausas respiratorias, aumento del tono muscular y cianosis generalizada de no más de 10 segundos de duración con resolución espontánea. Debido a ausencia de antecedentes que riesgo, asintomático, examen físico sin alteraciones y en buenas condiciones generales durante la evaluación, pero con episodios recurrentes, se realizó diagnóstico de BRUE de alto riesgo, siendo trasladado y hospitalizado en Hospital de base. Donde posteriormente se realizó diagnóstico presuntivo de epilepsia con tratamiento correspondiente y buena evolución.

Discusión y conclusiones: Existe evidencia que respalda que no se requiere hospitalización rutinaria en caso del BRUE de bajo riesgo. No obstante, en BRUE de alto riesgo se recomienda un enfoque cauteloso con posible ingreso hospitalario y pruebas dirigidas según sea necesario por el riesgo de tener una patología subyacente grave, quedando demostrado en este caso.

Palabras clave: Epilepsia, Evento Inexplicable, Breve y Resuelto, Lactante.

ERITEMA NODOSO SECUNDARIO A FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Autores: Vicente Casas Salazar (1); Claudia Núñez Silv. (2); María Jesús Ubilla Pavez (2)
Afiliación: (1) Médico Cirujano, Hospital de Pichidegua, Chile, (2) Interna de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

Introducción: La paniculitis es una inflamación del tejido adiposo que puede afectar septos o lóbulos, con o sin vasculitis. El eritema nodoso (EN) es su forma más frecuente; corresponde a una paniculitis septal sin vasculitis, que se manifiesta como nódulos eritematosos dolorosos en extremidades inferiores. Estas lesiones suelen acompañarse de fiebre y artralgias, y se resuelven espontáneamente en 2 a 8 semanas, dejando ocasionalmente hiperpigmentación residual. Reconocer clínicamente el EN es esencial, ya que puede ser la primera manifestación de enfermedades subyacentes. Este caso destaca la importancia del diagnóstico oportuno y del tratamiento dirigido a la causa desencadenante.

Presentación del caso: Paciente femenina de 62 años, con hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina. Consulta por ocho días de evolución de nódulos dolorosos en ambas piernas, progresivos en número y tamaño. Refiere faringoamigdalitis dos semanas antes, desde hace 2 días en tratamiento con amoxicilina/ácido clavulánico. Niega fiebre ni síntomas sistémicos. El examen físico evidenció múltiples nódulos eritematosos, dolorosos, no ulcerados, en región pretibial, rodillas y brazos, sin adenopatías ni compromiso sistémico. Fue hospitalizada para estudio etiológico y manejo sintomático. Los exámenes de laboratorio evidenciaron leucocitosis (13.400 células/µL) con neutrofilia (78 %), granulación tóxica (++), y VHS elevada (35 mm/h), lo que respaldó un cuadro inflamatorio agudo. Función hepática y renal normales. Se mantuvo tratamiento antibiótico con ampicilina/sulbactam, completando ambulatoriamente con amoxicilina/ácido clavulánico. Teledermatología confirmó el diagnóstico de EN y sugieren mantener manejo conservador. Durante la hospitalización, la paciente evolucionó favorablemente, con disminución del dolor y regresión progresiva de las lesiones.

Discusión y conclusiones: El EN tiene una incidencia de 1 a 5 casos por 100.000 habitantes, predominando en mujeres jóvenes (3,4), aunque puede presentarse a cualquier edad. La forma postinfecciosa, especialmente asociada a Streptococcus pyogenes, es la causa más común identificable. Hasta un 55 % de los casos son idiopáticos (3, 4). Su diagnóstico es clínico y el tratamiento suele ser sintomático. Este caso ilustra cómo un abordaje dirigido y conservador, basado en una evaluación adecuada, permite una resolución completa sin complicaciones, evitando procedimientos innecesarios.

Palabras clave: Eritema nodoso, paniculitis, infección respiratoria alta

ERITROCITOSIS INDUCIDA POR INHIBIDOR DE COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 EN UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TRATADO EN ATENCION PRIMARIA.

Autores: Lamora López Edgardo (1); Urquieta Constanza (2)
Afiliaciones: (1) Médico cirujano, CESFAM Artificio. (2) Médico EDF, CESFAM Artificio

Introducción: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) han sido introducidos en la práctica clínica chilena desde marzo de 2023, inicialmente para el tratamiento de la diabetes tipo 2 y, posteriormente, con indicaciones ampliadas hacia insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica. Entre sus efectos adversos más conocidos se incluyen las infecciones del tracto urinario, candidiasis genitales, impacto transitorio en la volemia con riesgo de hipotensión postural, como las más comúnmente reportadas, hasta cetoacidosis diabética y complicaciones renales; sin embargo, la eritrocitosis inducida por iSGLT2, asociada a mecanismos complejos que incluyen hemoconcentración, aumento de eritropoyetina y modulaciones del metabolismo del hierro, continúa siendo un hallazgo emergente sin reportes locales publicados

Presentación del caso: Se presenta un paciente masculino de 60 años, hipertenso, diabético tipo 2 con obesidad y control metabólico irregular. Inició tratamiento con empagliflozina/metformina (Jardiance Duo 1000/12.5 mg cada 12 h) junto a insulina NPH monodosis desde abril de 2021. En control hematológico realizado el 19/10/2024 se detectó policitemia moderada (Hb 18.3 g/dL, Hto 54.6%), sin antecedentes de depleción de volumen, tabaquismo, exposición a altitud o enfermedades cardiopulmonares crónicas. La evaluación clínica, anamnesis y examen físico, fue mayormente asintomática, con ligera cefalea ocasional y rubicundez facial, con exploración anodina para órganos del sistema hematopoyético. La periferia sanguínea y los niveles de Eritropoyetina fueron normales (8.74 mU/mL, VN 3.7–31.5), al igual que la oximetría de pulso. Se efectúa repetición de estudios el 28/4/2025 que mostró persistencia de la eritrocitosis (Hb 18.8 g/dL, Hto 54%). Tras la suspensión de empagliflozina y cambio a Inhibidor de Dipeptidil Peptidasa-4 (i-DPP4) (Metformina/Vildagliptina 1000/50 mg c/12 h), los controles a los 30 días evidenciaron reducción significativa de la masa eritrocitaria (Hb 16.7 g/dL, Hto 49.9%), confirmando la relación temporal con el iSGLT2.

Discusión y conclusiones: Este caso resalta un efecto adverso poco reportado en Chile: la eritrocitosis inducida por iSGLT2. Los mecanismos propuestos incluyen hemoconcentración, modulación de la eritropoyetina a través de HIF2α y movilización de hierro por disminución de hepcidina, lo que favorece la absorción intestinal y el incremento de la masa eritrocitaria. La reversibilidad tras la suspensión del fármaco apoya la causalidad. Aunque los estudios internacionales reportan una frecuencia variable (3–17%), no existen datos locales publicados. La eritrocitosis inducida por iSGLT2 debe considerarse dentro del monitoreo clínico de pacientes con diabetes tipo 2, especialmente ante hallazgos de hemoglobina y hematocrito elevados, aun en ausencia de síntomas significativos o factores de riesgo clásicos para policitemia. La reversibilidad tras la discontinuación del fármaco sugiere un efecto directo, y la vigilancia hematológica puede prevenir complicaciones asociadas a hipercoagulabilidad en población de riesgo, obligando al clínico a la observación estrecha de esta variable en pacientes de alto riesgo.

Palabras clave: Diabetes Mellitus Tipo 2, Eritrocitosis, Inhibidores del Cotransportador Sodio-Glucosa Tipo 2

ERITRODERMIA COMO POSIBLE MANIFESTACIÓN PARANEOPLÁSICA DE CÁNCER DE PULMÓN: REPORTE DE UN CASO

Autores: Rosas Vargas Sebastián (1); Gonzalez Duran Felipe (1), Gamboa Muñoz Francisca (2), Ortiz Cornejo Thiare (2).

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Cesfam Cirujano Guzmán, Iquique. (2) Interna de medicina, Universidad de Tarapacá, Arica.

Introducción: La eritrodermia, también denominada dermatitis exfoliativa generalizada, corresponde a un proceso inflamatorio difuso que compromete más del 90% de la superficie corporal, caracterizado por eritema, descamación y, con frecuencia, prurito intenso y síntomas sistémicos. Su etiología es amplia, incluye dermatosis previas, reacciones farmacológicas, infecciones y neoplasias. Las eritrodermias paraneoplásicas son infrecuentes, pero su reconocimiento es de gran importancia, ya que pueden constituir la manifestación inicial de una neoplasia sólida o hematológica oculta. En este contexto, el cáncer de pulmón ha sido descrito como causa de manifestaciones cutáneas paraneoplásicas, entre ellas la eritrodermia.

Presentación del caso: Consulta en atención primaria una paciente femenina de 78 años, con antecedentes de tabaquismo crónico y antecedente familiar de psoriasis, sin antecedentes alérgicos ni exposición conocida a fármacos o agentes sensibilizantes. Refiere cuadro de 20 días de evolución, caracterizado inicialmente por una lesión eritematosa en pierna derecha que regresa espontáneamente, seguida de prurito generalizado y aparición de eritema difuso en cara, cuero cabelludo, tronco y extremidades, acompañado de descamación cutánea fina, difusa y poco adherente. Se indicó tratamiento con corticoides sistémicos y tópicos, sin mejoría clínica. Ante la sospecha de eritrodermia, se solicitó evaluación por teledermatología. Sin embargo, la paciente presentó deterioro estado general, motivo por el cual acudió al servicio de urgencias del hospital regional, donde fue hospitalizada con diagnóstico de eritrodermia en estudio. Durante la hospitalización se realizaron estudios inmunológicos, todos dentro de rangos normales. Durante la evolución, presentó compromiso respiratorio progresivo, por lo que se solicitó tomografía computarizada de tórax, evidenciándose masa pulmonar sólida e irregular en el segmento posterior del lóbulo inferior izquierdo, de 31×24 mm, con realce heterogéneo y signos sugerentes de neoplasia pulmonar primaria. Se indicó biopsia pulmonar, la cual no se alcanzó a realizar debido a la evolución tórpida y el fallecimiento de la paciente por insuficiencia respiratoria aguda.

Discusión y conclusiones: La eritrodermia de causa desconocida debe considerarse un posible marcador paraneoplásico, especialmente en adultos mayores con tabaquismo crónico. La búsqueda activa de neoplasias mediante imagenología toracoabdominal permite un diagnóstico oportuno. Este caso refuerza la importancia de sospechar neoplasia ante cuadros cutáneos refractarios para optimizar el manejo y pronóstico.

Palabras clave: Dermatitis Exfoliativa, Manifestaciones Dermatológicas, Neoplasias Pulmonares, Prurito.

ERITRODERMIA SIFILÍTICA: PRESENTACIÓN INUSUAL DE UNA ENFERMEDAD ANTIGUA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Rojas Erazo, Camilo Omar (1); Cortés Ovando, Francisca María Paz (2)
Afiliaciones: (1) Dermatólogo, Hospital Puerto Montt, Puerto Montt. (2) Médico general, Universidad San Sebastián, Puerto Montt. (3) Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Puerto Montt.

Introducción: La sífilis es una infección de transmisión sexual y vertical causada por Treponema pallidum, asociada a VIH y conductas sexuales de riesgo. Su curso incluye varias etapas con distinta sintomatología; la fase secundaria, conocida como “la gran imitadora”, puede presentarse de formas variadas, siendo la eritrodermia una manifestación poco frecuente. Si no se trata, aproximadamente el 30% de los casos desarrolla complicaciones cardiovasculares o neurológicas irreversibles, por lo que un diagnóstico oportuno es fundamental.

Presentación del caso: Paciente masculino de 26 años, sin antecedentes. Consulta por lesiones eritematosas descamativas de dos semanas de evolución, inicialmente en extremidades superiores y luego en tronco y extremidades inferiores, asociado a odinofagia, rinorrea, otalgia y adenopatías. Al examen físico se describe rash cutáneo generalizado, eritematoso y confluente, descamativo, con presencia de ampollas y áreas de alopecia en cuero cabelludo, sin compromiso de mucosas. Laboratorios con PCR 29,3 mg/L, FA 401 U/L y GGT 315 U/L. Se hospitaliza con diagnóstico de eritrodermia para estudio y manejo. Dentro del estudio infeccioso y autoinmune, se obtuvieron resultados negativos para VHB, VHC, VIH y autoinmunidad, pero VDRL positivo en títulos 1:128, confirmado por MHA-TP. Biopsia cutánea con infiltrado linfoplasmocitario perivascular con espiroquetas Treponema spp., espongiosis y focos de hiperqueratosis, compatible con eritrodermia psoriasiforme secundaria a sífilis. Se inició tratamiento con penicilina benzatina administrando dosis de 2,4 millones UI IM al alta. Una semana después acude a control con evidente mejoría cutánea y leve persistencia de descamación plantar y del cuero cabelludo, indicándose una segunda y última dosis.

Discusión y conclusiones: La eritrodermia es una manifestación infrecuente y potencialmente grave, con múltiples causas posibles, incluyendo dermatosis inflamatorias, reacciones farmacológicas, neoplasias y enfermedades infecciosas. El diagnóstico suele ser complejo por la inespecificidad inicial del cuadro. La sífilis secundaria puede, aunque raramente, presentarse como eritrodermia con lesiones polimorfas que simulan otras dermatosis. Por ello, se debe mantener un alto índice de sospecha e incluir pruebas serológicas (VDRL y MHA-TP) en toda eritrodermia sin causa clara. Un diagnóstico precoz permite un tratamiento efectivo, la resolución cutánea y la interrupción de la transmisión de esta infección.

Palabras clave: Eritrodermia, Sífilis secundaria, Manifestaciones cutáneas

ERITROQUERATODERMIA VARIABLE EN UN ADULTO: REPORTE DE UN CASO FAMILIAR CON COMPROMISO EXTENSO DE LA SUPERFICIE CORPORAL

Autores: Palma Peña, Sofía (1); Sepúlveda Moraga, Sofía (2) Bielenberg Izquierdo, German (2) Letzkus Krumel, Alana (4)

Afiliaciones: (1) Médico Cirujano. Unidad de Dermatología, CRS Hospital Provincia Cordillera, Puente Alto, Santiago. (2) Médico Cirujano. General de zona, Hospital de Til Til, Til Til. (3) Interna de Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile.

Introducción: Las eritroqueratodermias son un grupo de trastornos hereditarios caracterizados por placas eritematosas bien delimitadas con hiperqueratosis. Se clasifican en eritroqueratodermia variable (EKV) y eritroqueratodermia progresiva simétrica (EPS) (1,2). Esta genodermatosis infrecuente se debe a mutaciones con herencia autosómica dominante, que afectan principalmente proteínas involucradas en la regulación transmembrana, canales intracelulares y en la diferenciación de los queratinocitos(3). Suele manifestarse en los primeros años de vida, aunque con menor frecuencia se puede presentar en la adultez (4). Clínicamente tiene dos tipos de presentación: una con parches eritematosos estacionarios y otra migratoria, que varía según factores como el estrés y el calor (1). Las placas suelen presentar una morfología en mapa o anular, distribuyendose en la superficie extensora de las extremidades, nalgas y cara (5).

Presentación del caso: Hombre de 57 años consulta por lesiones eritematosas levemente pruriginosas presentes de forma estable desde la infancia. Refiere que su hija presenta un cuadro similar. Al examen físico se aprecia un compromiso cutáneo aproximado del 75% por placas eritematosas de bordes bien delimitados y levemente descamativas, distribuidas de manera simétricamente en cara, cuello, tronco y extremidades. El estudio histopatológico indicó una hiperplasia psoriasiforme con hiperqueratosis, alternando queratina hialina compacta con focos de paraqueratosis, con áreas de queratina en red. Leve hiperpigmentación de la capa basal. Se indica tratamiento con retinoides sistémicos con buena respuesta. Al control anual, no presenta recidivas.

Discusión y conclusiones: La EKV es una enfermedad poco prevalente que, aunque es más común en la infancia puede estar presente en adultos. Ante un paciente con gran compromiso de la superficie corporal por eritema y descamación, debe considerarse la EKV como diagnóstico diferencial e indagar en los antecedentes familiares (1,2). Si bien el tratamiento actual es sintomático, la investigación apunta a generar tratamientos específicos para solucionar las alteraciones estructurales de las mutaciones (3). Este caso destaca la importancia de la educación sobre la enfermedad al paciente y de la consejería genética para entender las posibles repercusiones personales y familiares de la enfermedad.

Palabras clave: Eritroqueratodermia variable, Genodermatosis, eritema migratorio.

ERUPCIÓN FIJA POR FÁRMACOS COMO DIAGNÓSTICO TARDÍO EN PACIENTE CON ARTROSIS CRÓNICA Y USO PROLONGADO DE AINEs:

Autores: Torres Rosas Juan Pablo (1); Lara López Sebastián Eliseo (2); Barriga Vacarezza Sebastián (3)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Isla Apiao, Apiao, Chiloé. (2) Médico General de Zona, Hospital de Achao, Achao, Chiloé. (3) Médico General de Zona, Hospital Santo Tomas de Limache, Limache.

Introducción: La erupción fija por drogas (EFD) corresponde a una reacción adversa medicamentosa caracterizada por lesiones hiperpigmentadas bien delimitadas que recurren en las mismas localizaciones tras la reexposición al fármaco. Constituye un desafío diagnóstico en atención primaria, especialmente cuando coexistente con patologías crónicas que requieren tratamiento analgésico sostenido, como artrosis. La automedicación y la atención fragmentada pueden retrasar el diagnóstico, favoreciendo recurrencias y exposición innecesaria.

Presentación del caso: Paciente masculino de 47 años, con antecedente de artrosis crónica, sin alergias conocidas. Consultó reiteradamente por máculas hiperpigmentadas ovaladas, bien delimitadas, localizadas en muslo y pierna derecha, de tres años de evolución, asintomáticas y de aparición intermitente. El paciente refería múltiples evaluaciones previas en distintos centros, recibiendo diagnósticos variables (equimosis, dermatitis, hiperpigmentación postinflamatoria), sin resolución clínica. En contexto de dolor crónico por artrosis, el paciente mantenía uso frecuente y prolongado de AINEs, asociados además a episodios de automedicación. El cuadro se caracterizaba por recurrencias temporales tras la ingesta de analgésicos, con regresión parcial espontánea dejando hiperpigmentación residual. Tras suspender AINEs y adoptar analgesia alternativa, se observó franca disminución de la intensidad y frecuencia de las lesiones. No se reportaron síntomas sistémicos. Se obtuvo consentimiento informado para divulgación académica.

Discusión y conclusiones: La EFD es una reacción tipo IV frecuente por AINEs, sulfonamidas y paracetamol. En este caso, la coexistencia de dolor crónico y acceso limitado a especialistas favoreció la automedicación y el retraso diagnóstico, fenómeno frecuente en zonas rurales. La regresión tras suspensión del AINE apoya la sospecha clínica. El caso destaca la necesidad de incluir EFD en el diagnóstico diferencial de lesiones pigmentadas persistentes, especialmente en pacientes con uso prolongado de antiinflamatorios. El seguimiento cercano y la educación farmacológica son claves, considerando la alta prevalencia de dolor crónico musculoesquelético en APS. Este caso ilustra la relevancia del reconocimiento precoz de EFD en pacientes con patología osteoarticular crónica y uso habitual de AINEs. La sospecha clínica oportuna, suspensión del fármaco implicado y educación para evitar automedicación resultaron fundamentales para la resolución del cuadro. La APS rural juega un papel crítico en farmacovigilancia y diagnóstico diferencial dermatológico.

Palabras clave: Erupción Fija por Fármacos, Antiinflamatorios No Esteroidales, Atención Primaria de Salud, Reacciones Adversas a Medicamentos.

ESCABIOSIS NORUEGA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Olavarria Abarca Joaquín (1); Schwerter Romero Rosario (1), Cárdenas Peña Fernanda (1), Arias Ahumada Germán (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Curacaví, Curacaví, Santiago. (2) Médico Cirujano, Hospital Clínico San Francisco de Pucón, Pucón.

Introducción: La escabiosis o sarna Noruega es una ectoparasitosis causada por el parásito Sarcoptes scabiei, variedad hominis, se trata de una entidad poco frecuente, muy contagiosa, que habitualmente se presenta en pacientes con inmunodeficiencia. Clínicamente se caracteriza por placas hiperqueratósicas (donde se pueden alojar millones de ácaros) asociado a prurito intenso de predominio nocturno. Su aparición en pacientes inmunocompetentes es excepcional y representa un desafío diagnóstico en la atención primaria y hospitalaria.

Presentación del caso: Presentamos el caso de una paciente femenina de 71 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, hospitalizada durante 3 meses en otro centro de la red en contexto de espondilodiscitis, con posterior traslado a hospital de baja complejidad para rehabilitación, donde al ingreso se observaron lesiones eritematoescamosas pruriginosas no confluyentes en tronco, abdomen, cuello, espalda, extremidades inferiores y palmas, con marcadas áreas de queratodermia principalmente palmar, compatible clínicamente con Escabiosis Noruega. Se solicitó interconsulta a dermatología en centro de mayor complejidad, quien confirmó la hipótesis diagnóstica inicial, con visión al dermatoscopio de múltiples lesiones con signos de alas deltas y surcos acarinos. No fue posible realizar confirmación parasitológica mediante ácaro test. Se indicó permetrina 5% loción tópica y Vaselina azufrada 6% en días alternos (3 días permetrina, luego 4 días Vaselina), inicialmente por 2 semanas y luego hasta la resolución de lesiones, asociado a ivermectina oral 200 mcg/kg una vez por semana por 2 semanas, presentando excelente respuesta clínica y resolución casi completa del cuadro. Familia y contactos estrechos recibieron el mismo tratamiento descrito. No se reportaron contagios en personal de salud a cargo

Discusión y conclusiones: Debido a su altísima contagiosidad y potenciales complicaciones (principalmente sobreinfección bacteriana secundaria), este caso refuerza la importancia de considerar dentro a la Escabiosis Noruega de los diagnósticos diferenciales de lesiones pruriginosas asociadas a queratodermia, incluso en pacientes sin inmunosupresión evidente, especialmente en contextos de hospitalización prolongada, dependencia severa y/o demencia. El reconocimiento temprano y tratamiento combinado con permetrina e ivermectina resultan fundamentales para prevenir complicaciones y brotes institucionales, siendo esencial el tratamiento a contactos y medidas de prevención (aislamiento de contacto, manejo del entorno y correcta desinfección)

Palabras clave: Escabiosis, Ivermectina, Permetrina.

ESCALA DE ACTIVIDAD CLÍNICA (CAS) EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO MÉTODO DE PESQUISA DE SEVERIDAD EN ORBITOPATÍA TIROIDEA:

Autores: Vásquez Oyarzo Nicol (1); Castro Pérez Javier (2)
Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, Cecosf Chamiza, Puerto Montt. (2) Interno Medicina, Universidad San Sebastián, Puerto Montt.

Introducción: La orbitopatía tiroidea es una patología potencialmente grave que amenaza la visión. Corresponde a la manifestación extratiroidea más frecuente de la enfermedad de Graves y usualmente ocurre de forma simultánea a su debut y presentación bilateral. Para su evaluación inicial se recomienda la escala de actividad clínica (CAS), lo que determina el grado de actividad y severidad, para así establecer un tratamiento acorde.

Presentación del caso: Paciente femenina de 49 años con antecedentes de artritis reumatoide. Consulta en atención primaria de salud (APS) por cuadro clásico de hipertiroidismo, asociado a exoftalmos bilateral. Se confirma diagnóstico con perfil tiroideo y se realiza escala CAS 5 puntos clasificando como orbitopatía activa y severa, por lo que se deriva con prioridad a urgencia oftalmológica de centro terciario. Es evaluada por oftalmólogo quien indica manejo inicial, escáner de órbita para ampliar estudio y derivación urgente a endocrinología.

Discusión y conclusiones: La escala CAS se basa en 7 ítems y establece que un puntaje superior a 3 trata de una orbitopatía activa, y a mayor puntaje mayor es la severidad. Es una escala de fácil aplicación y que su uso precoz aporta notoriamente en el manejo inicial de esta patología. Su aplicación en este caso en un centro de atención primaria de salud permitió que la paciente pudiera ser derivada de forma oportuna y así prevenir las complicaciones severas de la orbitopatía tiroidea. Por lo que recalca la importancia de conocer y aplicar esta escala en centros de APS.

Palabras clave: Enfermedad de Graves, Escala CAS, Orbitopatía Tiroidea

ESFEROCITOSIS HEREDITARIA, MANIFESTACION FAMILIAR Y RELEVANCIA DEL PATRON DE HERENCIA:

Autores: RAMOS PLAZA EVELYN (1); REYES FERNANDEZ ALONSO (2), OYARZUN MARTINEZ FERNANDO (1), VARGAS VERA IGNACIO (1)
Afiliaciones: (1) Médico en Etapa de Destinación, Hospital Pu Mülen Quilacahuín, Servicio de Salud Osorno. (2) Médico en Etapa de Destinación, CESFAM Antonio Varas, Servicio de Salud Reloncaví.

Introducción: La esferocitosis hereditaria es una anemia hemolítica congénita que afecta la membrana de los eritrocitos, provocando su destrucción prematura en el bazo. En la mayoría de los casos, se transmite por herencia autosómica dominante, aunque también se han descrito formas autosómicas recesivas o mutaciones de novo.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una paciente femenina de 46 años con antecedentes de anemia, tratada con ferroterapia de manera irregular y sin mejoría. La madre tenía antecedente de anemia que mejoró tras esplenectomía, aunque sin diagnóstico claro por parte de la paciente; su hija también fue posteriormente diagnosticada con anemia no precisada. Durante una hospitalización por intercurrencia infecciosa, en el laboratorio de la paciente destacó resultados de anemia, hiperbilirrubinemia y elevación de LDH, junto con ictericia de escleras. Tras ser derivada a hematología, se realizaron estudios complementarios que confirmaron el diagnóstico de anemia hemolítica por esferocitosis hereditaria. Años más tarde, su hija fue evaluada en el mismo servicio por sospecha de la misma enfermedad, lo que permitió establecer el carácter familiar del cuadro. Dado que el caso de esta familia ilustra el patrón genético que conduce a esta enfermedad, es que se solicitó a la paciente la presentación de este caso, a lo cual acepta.

Discusión y conclusiones: Este caso ilustra cómo la esferocitosis hereditaria puede manifestarse de manera evidente en múltiples generaciones, compatible con un patrón de herencia autosómica dominante. La identificación temprana de estos casos es fundamental para realizar tamizaje familiar, establecer un seguimiento hematológico adecuado y prevenir complicaciones como la anemia megaloblástica o crisis hemolíticas graves. El reconocimiento del componente genético en esta patología permite un manejo integral, que no solo aborda al paciente afectado, sino también a los familiares en riesgo, contribuyendo así a un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Palabras clave: Anemia, Genética, Herencia

ESPONDILODISCITIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE METÁSTASIS VERTEBRAL. UN DIAGNÓSTICO PARA CONSIDERAR:

Autores: Meza Saavedra Nicolás (1); Pinto Bórquez Camila (2), Valderrama Vargas Carol (3).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Placeres, Valparaíso. (2) Médica General de Zona, CESFAM Candelaria de Rosario, Copiapó. (3) Médica General de Zona, CESFAM Llay Llay, Llay Llay.

Introducción: La espondilodiscitis (ED) es una patología de origen infeccioso que puede involucrar a los cuerpos vertebrales, espacios y discos intervertebrales adyacentes. Generalmente se trata de una infección de origen bacteriano. La infección se da en la mayoría de los casos por vía hematógena o por contigüidad, y está asociada a factores de riesgo como edad avanzada, diabetes mellitus, cirrosis hepática, entre otras. Para su diagnóstico generalmente se emplea la resonancia magnética de columna, obteniendo mejores resultados con el uso de contraste, sin embargo, se puede llegar a confundir con otras patologías que producen hallazgos similares a los estudios imagenológicos, como las metástasis vertebrales.

Presentación del caso: Paciente masculino de 65 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con hipoglicemiantes orales, con mal control metabólico. Acude a servicio de urgencia por cuadro de lumbalgia intensa que empeora en reposo. Adicionalmente, relata pérdida de peso de 3kg en dos semanas. Se realiza estudio imagenológico con escáner de columna lumbar sin hallazgos significativos. Ante refractariedad de tratamiento analgésico, y lumbago asociado a banderas rojas, se decide hospitalizar y complementar estudio con resonancia magnética que reporta lesiones hiperintensas en cuerpos vertebrales en L2-L3 que pudiesen estar en contexto de lesiones metastásicas. Ante mejoría sintomática, se decide realizar estudio de primario de forma ambulatoria, sin embargo, usuario al subir de peso y sentirse mejor del dolor, se replantea el estudio, solicitando nueva resonancia magnética la que muestra una franca evolución de la lesión vertebral, diagnosticando finalmente una espondilodiscitis. DISCUSIÓN Y

Conclusiones: La ED es una patología infecciosa que, una vez identificada y tratada oportunamente, posee un curso benigno. La descripción típica de la ED mediante resonancia magnética es la afectación del cuerpo vertebral y componentes de los discos intervertebrales, el absceso paravertebral y la afectación del segmento vertebral adyacente. Por otro lado, la descripción típica de la metástasis vertebral mediante resonancia magnética es la afectación del componente vertebral anteroposterior, masa paravertebral y las lesiones “salteadas”. Ambas patologías pueden verse muy similares ante estudios imagenológicos, por lo que cobra importancia el contexto en el que se desarrolla la patología. PALABRAS CLAVE Discitis, dolor de la región lumbar, metástasis de la neoplasia.

ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADO EN LAS PERSONAS, A PROPÓSITO DE UN CASO DE PERSONA CON DISCAPACIDAD VISUAL:

Autores: Barraza Egaña Patricio (1).; Peña Jofré Fabián (1), Cortés García Joel (2).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Marco Chamorro Iglesias, Porvenir. (2) Médico General, Hospital Marco Chamorro Iglesias, Porvenir.

Introducción: La Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en la Persona (ECICEP) propone un cambio de paradigma en el sistema de salud. La implementación de la estrategia supone un desafío a los equipos de salud dado la ausencia de recursos humanos destinados a su implementación. Se presenta caso clínico de persona con discapacidad visual con favorable evolución.

Presentación del caso: Femenina de 79 años con antecedente de tabaquismo crónico activo, hipertensión arterial crónica, enfermedad renal crónica etapa 4, múltiples infartos cerebrales antiguos y amaurosis derecha total con visión luz/sombra a izquierda; fue ingresada a ECICEP en contexto de policonsultas a equipo de salud, además de dificultades para seguir indicaciones con mala adherencia a medicamentos crónicos prescritos. En primera evaluación, se detectan necesidades sociales no abordadas en consultas biomédicas previas. Paciente adulto mayor sin familia en Magallanes, habita sola en casa propia, recibe ayuda solo de vecina quien ordena en ocasiones su pastillero que usualmente extraviaba en casa debido a discapacidad visual. Presentaba prejuicios para uso de medicamentos, sobre todo en relación a estatinas. Subvaloraba el aporte calórico de muchos alimentos, tales como casatas de helado, las cuales consumía hasta 4 unidades a la semana. Además, se encontraba pre-contemplativa para consumo de tabaco. Se establecen planes de intervención tanto en centro de salud como en domicilio, y se ingresa a plan de seguimiento multidisciplinario. En un año de seguimiento, usuaria con mejor adherencia farmacológica, disminuye consultas no programadas en servicio de salud de 8 registradas el año 2024 a 3 durante año 2025. Además, disminuye colesterol LDL a meta terapéutica dado uso regular de estatina. Logra disminuir 5% de peso corporal y cambia percepción de riesgo de tabaco a estado contemplativo. Paciente otorgó consentimiento informado para presentación del caso.

Discusión y conclusiones: Con poco más de 24 meses desde implementación de ECICEP en Hospital de Porvenir, aún se debe restringir el ingreso de usuarios a la estrategia debido a recursos humanos limitados. El caso presentado muestra la importancia de poder intervenir desde un enfoque multidisciplinario prioritario a pacientes con algún grado de discapacidad para poder franquear limitaciones sociales que limitan una adecuada compensación de su estado de salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Atención centrada en el paciente, Persona con discapacidad visual.

ESTRATEGIA DE TELESALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS DEL PRIMER AÑO DE IMPLEMENTACIÓN EN EL CESFAM MARCOS MACUADA OGALDE

Autores: Tapia Alarcón, Melissa (1); Torres Piviri, Yazzmín (1) Rivero Feldmeier, Genesis (2) Aguilar Molina, Nelson (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de zona, CESFAM Marcos Macuada Ogalde, Ovalle, Coquimbo. (2) Médico General APS, CESFAM Marcos Macuada Ogalde, Ovalle, Coquimbo.

Introducción: En Chile, la implementación de la estrategia de telesalud ha sido impulsada por el Ministerio de Salud tras la pandemia por COVID-19, que evidenció la vulnerabilidad de los modelos tradicionales de atención primaria, especialmente en contextos con barreras geográficas, sociales o sanitarias que dificultan la accesibilidad y continuidad del cuidado. En este contexto, telesalud surge como una herramienta clave para fortalecer la atención mediante el uso de tecnologías de información y comunicación, que permiten ampliar la cobertura y optimizar la gestión de la demanda asistencial. Dentro de esta estrategia, el teletriaje contribuye a evitar consultas presenciales innecesarias, reducir tiempos de espera y favorecer la resolución oportuna de casos de menor complejidad. Además, potencia la detección precoz de condiciones de riesgo y refuerza el enfoque preventivo y resolutivo característico de la Atención Primaria de Salud. El CESFAM Marcos Macuada Ogalde, ubicado en la comuna de Ovalle, Región de Coquimbo, implementó esta estrategia en 2023. Transcurrido su primer año de funcionamiento, resulta pertinente realizar un análisis sistemático de esta experiencia, enmarcada en el ámbito de la investigación en salud pública, orientada a evaluar una intervención organizacional y tecnológica con impacto en la accesibilidad, oportunidad y eficiencia de la atención poblacional. El objetivo general fue analizar los datos registrados durante el primer año de implementación de la estrategia, y los objetivos específicos incluyeron: describir las características sociodemográficas y clínicas de los usuarios, evaluar el proceso operativo del teletriaje, y aportar evidencia que oriente el desarrollo de mejoras y nuevos proyectos tecnológicos en atención primaria

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo, basado en el análisis de registros en la plataforma de gestión de Telesalud del CESFAM Marcos Macuada Ogalde, comuna de Ovalle, durante el período comprendido entre octubre 2023 y octubre de 2024, con autorización expresa de la Dirección del establecimiento. Los datos fueron sistematizados en una planilla electrónica (Excel) calculando frecuencias absolutas, porcentajes y medidas de tendencia central

Resultados: Durante el periodo analizado se registraron 5.590 solicitudes correspondientes a 2.560 usuarios, equivalentes al 10,4% de la población inscrita, de los cuales un 41,3% utilizó la plataforma en más de una ocasión. Del total, el 49,4% correspondió a adultos de 25 a 64 años, el 75,2% al sexo femenino y el 24,6% al masculino. En cuanto a la gestión de la demanda, el 64,3% de las solicitudes se resolvió en menos de siete días, el 58,3% fue agendada presencialmente y el 31,6% se cerró por contacto telefónico. Tras la priorización, el 49,8% se clasificó como prioridad 3, el 42,9% como prioridad 2 y el 7,3% como prioridad 1.

Discusión y conclusiones: Los resultados muestran un desempeño adecuado y comparable con experiencias nacionales e internacionales, confirmando una implementación consistente con los

estándares esperados. Se espera aportar evidencia local sobre el funcionamiento operativo del teletriaje y contribuir al desarrollo de indicadores que favorezcan la evaluación y mejora continua del modelo. Nuestros resultados ofrecen una base sólida para orientar nuevos proyectos tecnológicos y políticas públicas en telesalud, fortaleciendo la accesibilidad, equidad y sostenibilidad de la atención primaria en Chile.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Telemedicina, Triaje

ESTUDIO DE ELEVACIÓN DE LACTATO DESHIDROGENASA (LDH) EN PACIENTE OLIGOSINTOMÁTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Ulloa Adasme, Matías (1); Leighton Leañez, Fernando (2)
Afiliaciones: (1) Médico general de zona, Hospital de Gorbea / DSM Gorbea, Gorbea (2) Médico general de zona, Hospital de Pitrufquén, Pitrufquén (3) Médico general de zona, CESFAM Pitrufquén, Pitrufquén

Introducción: El lactato deshidrogenasa (LDH) consiste en una enzima encargada de catalizar reacciones celulares productoras de energía, dada la gran variedad de tejidos en donde podemos encontrarla, su elevación se puede dar en múltiples cuadros que involucren algún grado de destrucción tisular. La elevación de dicha prueba en un contexto clínico inespecífico significa un desafío diagnóstico y obliga una evaluación sistémica Se presenta un caso de una paciente femenina con elevación persistente de LDH solicitada, en un contexto clínico inespecífico.

Presentación del caso: Paciente femenina de 55 años, antecedentes de prediabetes, hipotiroidismo y dislipidemia, consulta inicialmente por elevación aislada de LDH (911 U/LT) solicitado dentro de batería cardiovascular. Al interrogatorio dirigido solo astenia de reciente inicio, examen físico sin hallazgos. Se repite examen para descarte de hemolisis en relación a obtención de muestra, con LDH control al alza (1159 U/LT) sin clínica ni laboratorio que oriente a hemólisis ni a etiología oncológica, se realizan cribados pertinentes (mamografía, ecografía mamaria, papanicolaou y colonoscopía) sin hallazgos sugerentes de malignidad. laboratorio muestra solo elevación de transaminasas (GOT 260 U/LT y GPT 506 U/LT) sin evidencia de patrón colestásico asociado, con ecografía abdominal normal. Del resto, hemograma, coagulación y función renal normales. Marcadores tumorales y test de Coombs negativos. Se solicitan virus hepatotropos (VHA, VHB, VHC, VIH, CMV y VEB) y marcadores autoinmunes, negativos para infección activa. Dado ausencia de disfunción orgánica, se realiza control seriado con perfil hepático y LDH, logrando normalización espontánea de LDH sin un manejo específico de la enfermedad de base.

Discusión y conclusiones: La elevación de LDH sin causa aparente, requiere evaluación amplia ante posibilidad de enfermedad sistémica u oncológica, se requieren algoritmos claros dado que es un motivo de consulta infrecuente, además de basar la solicitud de exámenes en una sospecha clínica. En este caso, se plantea una elevación de LDH secundario a hepatitis viral producida posiblemente por virus no tipificable. En caso de no haber encontrado una causa que justifique el hallazgo, corresponde extender el estudio con pruebas de imágenes (scanner de tórax abdomen y pelvis) y eventual evaluación por especialista.

Palabras clave: Hepatotropos, Lactato deshidrogenasa, Transaminasas,

ETIOLOGÍAS BACTERIANAS MÁS PREVALENTES Y SUSCEPTIBILIDAD

Autores: Santos Salazar Julio (1); Muñoz Garrido Iván (2), Maldonado Tisi Catalina (3), Flores Cruces Ana (4)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar de Renaico, Renaico, Araucanía. (2) Médico General, Centro de Salud Familiar de Renaico, Renaico, Araucanía. (3) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar de Renaico, Renaico, Araucanía. (4) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar de Renaico, Renaico, Araucanía.

Introducción: La infección del tracto urinario constituye una de las infecciones más comunes, y se define como la respuesta inflamatoria del urotelio a la invasión bacteriana. El agente etiológico más frecuente de ITU es la Escherichia coli, responsable del 75% a 80% de casos. Un estudio realizado en los laboratorios de la Universidad Católica arrojó una susceptibilidad para nitrofurantoína de 96%, 71% para ciprofloxacino, 86% para cotrimoxazol. En consideración de que a resistencia bacteriana es una amenaza global para la salud pública y genera una importante presión sobre los sistemas de salud, se decide estudiar urocultivos del Centro de Salud Familiar de Renaico con el objetivo de conocer y comparar la realidad local y nacional.

Materiales y métodos: Se realiza un estudio descriptivo utilizando información de urocultivos y antibiogramas solicitados por médicos en consultas espontaneas de morbilidad y de urgencias durante septiembre de 2024 a abril de 2025 en el Centro de Salud Familiar de Renaico. Se utilizan criterios de inclusión: hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnostico o sospecha diagnostica de ITU. Dentro de la muestra de 202 urocultivos estudiados, 40 presentan desarrollo bacteriano, siendo nuestra muestra. Los datos fueron obtenidos previa autorización del director del CESFAM y del equipo de laboratorio.

Resultados: En una muestra de 40 urocultivos (anexo 1) con antibiograma, Escherichia coli fue la bacteria más prevalente (75%), seguida por Staphylococcus epidermidis (7,5%), Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae (5% cada una), y en menor proporción Pseudomonas aeruginosa, Enterococcus faecium y Streptococcus agalactiae (2,5% cada una). En cuanto a la sensibilidad antibiótica (anexo 2), los mayores porcentajes se observaron con ciprofloxacino (97%), nitrofurantoína (88%), ceftriaxona (87,5%) y levofloxacino y cotrimoxazol (80% cada uno).

Discusión y conclusiones: Escherichia coli continúa siendo el principal agente etiológico en las infecciones urinarias, con una prevalencia del 75%, en concordancia con lo reportado en la literatura científica. Al comparar la susceptibilidad antibiótica con estudios previos, como el realizado por la Universidad Católica, se evidencian similitudes generales, aunque destacan diferencias locales: una mayor sensibilidad a ciprofloxacino (87,5% vs 71%) y una menor sensibilidad a nitrofurantoína (88% vs 96%) en nuestro centro. Estos hallazgos refuerzan la importancia de monitorear periódicamente los patrones de resistencia antimicrobiana a nivel local para una adecuada elección terapéutica.

Palabras clave: Infección Urinaria, Escherichia coli, Sensibilidad a los Antimicrobianos.

EVOLUCIÓN COMPLEJA DE SÍNDROME NEFRÓTICO EN ADOLESCENTE- DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS:

Autores: Perlwitz Brun Ingeborg (1); Santana Saavedra Constanza (2), Córdova Mansilla Fernando (3)

Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, CESFAM Purranque, Purranque. (2) Médica General de Zona, CESFAM Purranque, Purranque. (3) Médico General de Zona, CESFAM Purranque, Purranque.

Introducción: El síndrome nefrótico (SN) en la edad pediátrica constituye una causa importante de morbilidad renal, con etiologías que varían desde formas idiopáticas hasta glomerulopatías secundarias. Dentro de ellas, la glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS) representa una causa creciente de SN corticorresistente, con implicancias pronósticas significativas. Este caso ilustra la evolución de un adolescente atendido en Hospital de Osorno, con SN mixto, que desarrolló insuficiencia renal aguda sobreagregada, resaltando la relevancia del diagnóstico temprano y el seguimiento prolongado de esta patología.

Presentación del caso: Adolescente de 13 años, con antecedente de microcefalia, consultó por edema palpebral y de extremidades inferiores de una semana de evolución, asociado a nicturia, sin hematuria ni orinas espumosas. Al examen físico presentó hipertensión arterial severa (220/164 mmHg) y edema generalizado. Los exámenes mostraron creatinina 2.32 mg/dl, VFG 39 ml/min, hipoalbuminemia (2.5 g/dl), dislipidemia y proteinuria en rango nefrótico. Se hospitalizó y se inició prednisona 60 mg/día y diuréticos. Biopsia renal informó GEFS. Evolucionó con síndrome nefrótico corticorresistente, agregándose tacrolimus 3 mg c/12h, con respuesta parcial. Reingresó por síndrome febril por influenza B con falla renal aguda sobreagregada (creatinina 4.23 mg/dl, VFG 13 ml/min). Ecografía Doppler mostró riñones aumentados de tamaño, hiperecogénicos y con menor vascularización. Se suspendió tacrolimus y se administraron bolos de metilprednisolona, continuando luego con prednisona 60 mg/m². Presentó hipertensión severa, manejada con múltiples fármacos. Egresó con mejoría parcial de la función renal (creatinina 2.0 mg/dl) y reducción del edema. Se planteó eventual necesidad de terapia de reemplazo renal. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: La GEFS es una de las principales causas de SN corticorresistente en pediatría, con riesgo de progresión a enfermedad renal crónica terminal. Su diagnóstico requiere confirmación histológica. La sobreinfección viral puede agravar la función renal. El control de la presión arterial y la educación familiar son esenciales para retrasar la progresión del daño. Este caso destaca la relevancia del diagnóstico precoz, identificación de corticorresistencia temprana y manejo inmunomodulador, sensibilizando sobre la complejidad diagnóstica y terapéutica de la GEFS en población infantil, destacando la necesidad de estrategias preventivas y de seguimiento.

Palabras clave: Glomeruloesclerosis Focal y Segmentaria, Insuficiencia Renal, Síndrome nefrótico

EVOLUCIÓN DE CONJUNTIVITIS A CELULITIS PRESEPTAL BILATERAL. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO EVOLUTIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Bascuñán Monsalves Gerardo (1).; Puentes Millao Javier (1), Rojas De la maza Antonieta (1), Cabrera Pincheira Karen (1).
Afiliaciones: (1) Médico Cirujano, Servicio de Urgencias, Hospital Familiar y Comunitario de Carahue, Carahue, Región de La Araucanía, Chile.

Introducción: La celulitis preseptal es una infección de los tejidos blandos anteriores al tabique orbitario, usualmente secundaria a procesos locales como conjuntivitis o blefaritis. Su distinción clínica respecto a la celulitis orbitaria es fundamental, ya que determina el pronóstico y el abordaje terapéutico. Se presenta un caso inicialmente tratado como conjuntivitis bilateral, que evolucionó a celulitis preseptal detectada en controles sucesivos.

Presentación del caso: Mujer de 70 años, con antecedentes de hipertensión y dislipidemia, consulta por irritación ocular y tos, diagnosticandose inicialmente blefaroconjuntivitis y prescribiendo amoxicilina con ácido clavulánico oral y colirio antibiótico Dos días después reconsulta por persistencia de síntomas y secreción purulenta bilateral. Al examen se observó ojo rojo superficial con secreción abundante, eritema periocular leve y sin alteraciones de motilidad ni reflejos pupilares, por lo que se mantiene diagnóstico de blefaroconjuntivitis bilateral manteniendo tratamiento. A los cinco días se citó a control presencial persistiendo eritema periocular intenso, se documentó progresión compatible con celulitis preseptal bilateral. Se administró ceftriaxona 2gr. Via endovenosa y se indicó manejo en hospitalización domiciliaria. Completando 7 días de tratamiento antibiótico endovenoso. Con evolución favorable y descenso progresivo de parámetros inflamatorios En control posterior con oftalmología se constató resolución del edema y remisión completa del cuadro con tratamiento antibiótico y corticoide tópico se solicitó consentimiento a paciente para reporte del caso.

Discusión y conclusiones: El caso ilustra una presentación evolutiva desde conjuntivitis bacteriana hacia celulitis preseptal, enfatizando el valor del seguimiento clínico y la reevaluación diagnóstica ante falta de respuesta al tratamiento inicial. En atención primaria, la identificación precoz de signos de alarma, eritema palpebral progresivo, calor local y dolor permite evitar complicaciones orbitarias si se administra un tratamiento adecuado. La reevaluación oportuna ante cuadros oculares refractarios a tratamiento es clave para prevenir progresión infecciosa y garantizar un manejo seguro.

Palabras clave: Celulitis, conjuntivitis, diagnóstico diferencial.

EVOLUCIÓN DE DERMATOSIS AMPOLLAR, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE PÉNFIGO Y LIQUEN PLANO PENFIGOIDE: REPORTE DE CASO.

Autores: Hernández Hernández Lizet (1).; Bustamante Ortega Rodolfo (1), Castillo Moya Javier (1), Rodriguez Amunategui Cristobal (1)
Afiliaciones: (1) Médico Cirujano, Centro de Salud Familiar Cardenal Raul Silva Henríquez, Puente Alto, Santiago, Chile.

Introducción: Las dermatosis ampollares o bullosas autoinmunes representan un desafío diagnóstico debido a su heterogeneidad clínica e histológica. Entre ellas, el pénfigo vulgar y el penfigoide bulloso se caracterizan por la formación de ampollas intra o subepidérmicas mediadas por autoanticuerpos, mientras que el liquen plano es una enfermedad inflamatoria crónica de origen inmunológico. Sin embargo, existe una variante intermedia, el liquen plano penfigoide, que comparte características de ambas entidades, lo que dificulta su diagnóstico diferencial y manejo.

Presentación del caso: Mujer de 61 años, con antecedentes de hipertensión arterial y artrosis, consulta en Atención primaria de Salud por lesiones ampollares pruriginosas de tres meses de evolución, inicialmente en antebrazo derecho, luego diseminadas a palmas, dorso de pies y zona genital. Evaluada por dermatólogo particular con diagnóstico inicial de penfigoide bulloso, recibió tratamiento con clobetasol tópico, doxiciclina y antihistamínico, con respuesta parcial. Se realizó biopsia de piel que evidenció dermatitis de interfase liquenoide linfocitaria y dermatosis ampollar subepidérmica, mientras que la inmunofluorescencia indirecta fue positiva para anticuerpos anti-pénfigo (1/50) y negativa para anticuerpos anti-penfigoide. Con estos antecedentes es derivada a dermatología de Hospital Sótero del Río, donde la paciente refirió persistencia de pápulas eritematosas y violáceas pruriginosas en extremidades, con resolución de las ampollas. Se sospechó liquen plano variante penfigoide, confirmando hallazgos clínicos e histológicos compatibles con liquen plano. Se indicó tratamiento con prednisona oral en pauta descendente, clobetasol tópico y levocetirizina, logrando remisión casi completa al mes siguiente. DISCUSIÓN Y

Conclusiones: El caso ilustra la complejidad diagnóstica entre pénfigo, penfigoide bulloso y liquen plano penfigoide, entidades que pueden superponerse clínica e histológicamente. La presencia de anticuerpos anti-pénfigo con histología liquenoide resalta la importancia del abordaje integral mediante correlación clínico-patológica e inmunológica. El reconocimiento de variantes mixtas permite un tratamiento oportuno y evita exposición prolongada a corticoides sistémicos. Este caso enfatiza la necesidad de reevaluar diagnósticos iniciales en dermatosis ampollares persistentes y considerar el liquen plano penfigoide como diagnóstico diferencial ante hallazgos atípicos.

PALABRAS CLAVE: Dermatopatías, dermatosis bullosa, pénfigo, penfigoide bulloso, liquen plano.

EXAMEN FÍSICO COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN LA SOSPECHA DE SÍNDROME DE ROBO DE SUBCLAVIA EN CONTEXTO RURAL: REPORTE DE CASO

Autores: Villablanca Casanova Rodolfo (1); Estay Casanova Naomi (2), Orozco Soto Nicolás (3)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Puerto Varas, Puerto Varas. (2) Médica General de Zona, CESFAM Puerto Varas, Puerto Varas. (3) Médico General de Zona, CESFAM Angelmó, Puerto Montt.

Introducción: El síndrome de robo de la subclavia (SRS) corresponde a una alteración hemodinámica secundaria a estenosis significativa del segmento proximal de la arteria subclavia, que genera flujo retrógrado compensatorio en la arteria vertebral ipsilateral. Su prevalencia en la población general es baja (0,6–6,4%), aunque clínicamente reconocible mediante un examen físico cuidadoso. La detección de una asimetría tensional mayor a 20 mmHg entre ambas extremidades superiores debe orientar la sospecha diagnóstica.

Presentación del caso: Paciente masculino de 67 años, residente de zona rural, con antecedente de tabaquismo severo, hipertensión arterial y baja adherencia a atenciones de salud. Durante consulta de morbilidad en atención primaria se pesquisó diferencia significativa de presión arterial entre miembros superiores, con cifras hipertensivas en el brazo derecho. El resto del examen físico fue normal. Se solicitó ecografía Doppler de ambas extremidades superiores y de arterias vertebrales, que evidenció estenosis significativa del tercio proximal de la arteria subclavia izquierda y flujo retrógrado de arteria vertebral ipsilateral. Fue derivado a cirugía vascular del hospital de referencia, donde se complementa estudio con angioTC que revela placa de ateroma con oclusión total del flujo subclavio desde su emergencia hasta ostium de arteria vertebral. Tras descartar isquemia crítica, se indicó manejo médico provisorio y contrarreferencia a atención primaria para intervención antitabáquica y tratamiento de comorbilidades.

Discusión y conclusiones: El caso presentado subraya la importancia de una anamnesis y examen físico acucioso en la práctica médica. La sospecha del SRS se estableció exclusivamente al detectar una asimetría tensional significativa entre ambos miembros superiores. Este hallazgo clínico fue complementado posteriormente con estudios que pusieron en evidencia una oclusión total de la arteria subclavia. En APS y sobre todo en contextos rurales, donde la limitación de recursos diagnósticos es frecuente, el rigor en el examen físico adquiere un rol protagonista. La importancia de este caso radica en recordarnos que la anamnesis y el examen físico son una herramienta esencial y de bajo costo que orienta decisiones diagnósticas determinantes.

Palabras clave: Presión Arterial, Examen Físico, Síndrome del Robo de la Subclavia, Atención Primaria de Salud

FALSO NEGATIVO DE PRUEBA NO TREPONÉMICA EN PACIENTES CON EXANTEMA Y FACTORES DE RIESGO:

Autores: Chaaban Díaz Amany (1); Tapia Letelier Pedro (2) Vergara Rodríguez Vanessa (3)
Parra Agurto Francisca (4)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Departamento de Salud Hualañé, Hualañé. (2) Médico General, Centro de Salud Familiar Doctor Marcelo Lopetegui, Osorno. (3) Médico General, Centro de Salud Familiar Pudahuel Poniente, Santiago. (4) Médico General, Hospital del Salvador, Santiago.

Introducción: La sífilis corresponde a una infección de transmisión sexual causada por Treponema pallidum, caracterizada por manifestaciones clínicas heterogéneas que varían según la fase de la enfermedad. El diagnóstico combina clínica y laboratorio. Las pruebas no treponémicas (PNT), como VDRL y RPR, se utilizan para tamizaje pero pueden presentar falsos negativos debido al fenómeno de prozona, lo cual puede ocurrir en cualquier fase de la infección. Este fenómeno se observa con mayor frecuencia en condiciones de coinfección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y embarazo.

Presentación del caso: Paciente masculino de 19 años, con antecedentes de VIH (carga viral indetectable), consulta por exantema macular eritematoso pruriginoso de 3 semanas de evolución en tronco y extremidades. Al interrogatorio dirigido, afebril, sin secreción uretral, compromiso de mucosas ni uso de medicamentos nuevos. Refirió pareja única en los últimos 5 meses. Al examen físico se evidencia exantema macular rosado en tronco y región proximal de extremidades superiores e inferiores; sin lesiones palmoplantares ni en mucosas; adenopatías axilar izquierda e inguinales bilateral, sensible la de zona inguinal. En control la semana posterior, se agregan nuevas adenopatías (cervicales, axilares, inguinales) y dolor en hipocondrio derecho. Se solicitó RPR que resultó no reactivo y posteriormente VDRL con diluciones, el cual resulta reactivo (1:16). Se indicó penicilina benzatina logrando mejoría clínica.

Discusión y conclusiones: La sífilis, especialmente en su fase secundaria, presenta manifestaciones clínicas variadas, con exantemas de tronco, extremidades, palmas y plantas, adenopatías generalizadas, síntomas sistémicos e incluso hepatitis. En la confirmación diagnóstica mediante PNT pueden producirse falsos negativos por el efecto prozona, debido a un exceso de anticuerpos que impide la adecuada formación de complejos antígeno-anticuerpo. Ocurre con mayor frecuencia en pacientes con VIH, sífilis secundaria, embarazo y neurosífilis y el fenómeno se revierte al diluir la muestra. En el caso descrito, aunque el paciente no presentaba manifestaciones patognomónicas y los hallazgos clínicos podrían sugerir un exantema viral, la sospecha diagnóstica basada en sus antecedentes motivó solicitar la dilución de la muestra en la PNT, lo que permitió identificar el falso negativo. En conclusión, considerar el efecto de prozona en pacientes con factores de riesgo puede evitar el retraso diagnóstico.

Palabras clave: Exantema, Sífilis, Treponema pallidum

FASCEITIS NECROTIZANTE CERVICAL: A PROPOSITO DE UN CASO

Autores: Valdivieso Troncoso, Kathia (1); Cortés López, Belén (1); Carvajal Calderón, Carolina (2); Rozas González, Leonel (3)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Familiar y Comunitario de Vilcún, Vilcún, Araucanía (2) Médico General de Zona, CESFAM Juan Antonio Rios, Independencia, Santiago (3) Médico APS, CESFAM Santa Anselma, La Cisterna, Santiago

Introducción: La fasceitis necrotizante cervical (FNC) es una infección rápidamente progresiva que compromete piel, tejido celular subcutáneo y fascia cervical, caracterizada por destrucción tisular, compromiso sistémico y alta mortalidad. Habitualmente es polimicrobiana, predominando Streptococcus pyogenes y Staphylococcus aureus. El diagnóstico es principalmente clínico, complementado por estudios imagenológicos, siendo la sospecha precoz y el tratamiento quirúrgico oportuno determinantes en el pronóstico.

Presentación del caso: Paciente de 50 años, sexo masculino, antecedentes de diabetes mellitus, enfermedad renal crónica etapa 5 en hemodiálisis, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular secuelado, trombosis aortoiliaca femoral derecha. Consulta en servicio de urgencias de Hospital de Carahue por cuadro de odinofagia de una semana de evolución, en las últimas 24 horas presenta aumento de volumen de partes blandas de cuello, disnea, odinofagia intensa, disfonía. Al examen físico afebril, diaforético, hipertenso y taquicárdico con estridor audible, edema cervical bilateral, movilidad reducida, enfisema subcutáneo que se extiende a torax anterior, vía aérea dificultada por edema y uvulitis por lo que se decide manejo avanzado de vía aérea con secuencia de intubación retardada. Exámenes de laboratorio destaca proteína c reactiva 371mg/L y leucocitosis (21.610/µL). La tomografía computarizada de cuello sin contraste se observa severo enfisema cervical, que se extiende a pared torácica anterior asociado neumomediastino. Se deriva a hospital de alta complejidad, se inicia antibioticoterapia de amplio espectro. Es evaluado por equipo de cirugía de cabeza y cuello, en donde se plantea cuadro de fasceitis necrotizante cervical, por lo que se realiza Cervicotomía, toracotomía, Mediastinotomía, y aseo Quirúrgico con instalación de drenajes. En cervicotomía ampliada, destaca necrosis de lóbulo tiroideo derecho y de músculos parafaríngeos. Se realiza biopsia que informa: tejido fibroadiposo y muscular esquelético con proceso inflamatorio agudo gangrenoso compatible con fasceitis necrotizante.

Discusión y conclusiones: La FNC es una urgencia quirúrgica con alta letalidad. El manejo de la vía aérea, la antibioticoterapia de amplio espectro y desbridamiento quirúrgico precoz son la piedra angular del manejo. El retraso tanto en la sospecha diagnóstica como en el inicio del tratamiento conllevan a una serie de complicaciones, siendo más frecuentes la sepsis y mediastinitis, lo cual explica la variabilidad y alto porcentaje de mortalidad de esta patología.

Palabras clave: Desbridamiento, Fasceitis Necrotizante, Mediastinitis

FIBRILACIÓN AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR RÁPIDA CAUSADA POR TIROTOXICOSIS EN ADULTA MAYOR, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Llancaqueo Albornoz Pedro (1); Hidalgo Marisio Wladimir (1), Orellana Barra Joaquín (2)
Afiliaciones: (1) Médico en etapa de formación y destinación, CESFAM Lirquén, Penco. (2) Médico en etapa de formación y destinación, CECOSF Los Forjadores, Penco

Introducción: La Fibrilación Auricular (FA) es uno de los trastornos del ritmo cardiaco más frecuentes. Se trata de una arritmia supraventricular con activación auricular descoordinada que disminuye la eficacia de la contracción auricular. La FA se refleja en el electrocardiograma (ECG) de superficie por la ausencia de ondas P discernibles y regulares, y la activación irregular de los ventrículos. Existen afecciones no cardiacas que pueden desencadenar una FA, como lo son las infecciones, consumo de alcohol, trastornos endocrinos, entre otros. La FA es una de las manifestaciones cardiovasculares más comunes de la tirotoxicosis.

Presentación del caso: Paciente de 80 años, con antecedentes de hipertensión arterial, FA, insuficiencia aórtica, infarto renal cardioembólico, con hospitalización por FA con respuesta ventricular rápida (RVR) hace 1 mes, consulta en servicio de urgencias por cuadro de palpitaciones, dolor precordial y disnea, de 1 semana de evolución. Destaca al ingreso taquicárdica, hipertensa, en exámenes sin alza de troponinas, TSH 0.05, se decide hospitalización en UTI para manejo. Se solicita estudio, destacando T4 8.3, T3 1.27, anticuerpos TRAB negativos y ATG negativos (cambiar abreviaturas) ecografía tiroidea con nódulos tiroideos bilaterales TIRADS 4, bocio multinodular sin aumento de la vascularización glandular, se indica tratamiento con Tiamazol 5mg al día, atenolol 50mg cada 12 horas. Evoluciona de manera favorable durante hospitalización, con presiones normales, sin taquicardia, sin disnea ni angina, se decide alta hospitalaria después de trece días de hospitalización por evolución favorable, y se indica seguimiento ambulatorio. Veintiséis días posterior al alta, consulta nuevamente en urgencias por palpitaciones, destacaba al interrogatorio abandono de tratamientos antitiroideos.

Discusión y conclusiones: La tirotoxicosis puede precipitar FA, especialmente en adultos mayores con enfermedad cardiovascular. El exceso de hormona tiroidea aumenta la contractilidad, la frecuencia cardíaca y la sensibilidad a catecolaminas, facilitando la arritmia. En este caso, el bocio multinodular tóxico fue la causa subyacente. El control de la frecuencia ventricular con betabloqueadores y la corrección del estado tiroideo son pilares terapéuticos. La buena respuesta inicial demuestra la reversibilidad del cuadro al normalizar las hormonas tiroideas. No obstante, la recaída posterior evidencia la importancia de la adherencia al tratamiento y del seguimiento ambulatorio, factores determinantes para evitar nuevas descompensaciones. Este caso resalta la necesidad de evaluar la función tiroidea ante toda FA de nueva aparición, especialmente en pacientes añosos, ya que la identificación y el tratamiento oportuno del hipertiroidismo pueden prevenir complicaciones cardiovasculares graves.

Palabras clave: Fibrilación auricular; Tirotoxicosis; Bocio multinodular.

FIBROMIALGIA COMO MANIFESTACIÓN DE TRAUMA COMPLEJO NO DIAGNOSTICADO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Correa Rojas Pablo (1); González Castro Felipe (1), Torres Leal Ángela (1), Rojo Molina Cristian (2)
Afiliaciones: (1) MGZ, CESFAM San Pedro, San Pedro, Servicio De Salud Metropolitano Occidente (2) Psicólogo, CESFAM San Pedro, San Pedro, Servicio De Salu Metropolitano Occidente

Introducción: Fibromialgia y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) son patologías claramente definidas, en las que se ha descrito una asociación clínica significativa. Nueva evidencia sugiere que ambas entidades comparten mecanismos neurobiológicos, por lo que clínicos, especialmente de atención primaria, deben sospechar concomitancia en sus pacientes, para optimizar el manejo integral de ellos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 48 años, diabética nefrópata, hipertensa, hipotiroidea y asmática, en seguimiento por Sala de rehabilitación CESFAM por fibromialgia, derivada a Salud Mental CESFAM por sospecha de simulación. En controles abre relato sintomatológico compatible con trastorno de ansiedad generalizada, pánico, agorafobia, cuadro depresivo y trastorno del sueño. Con dosis máxima ajustada de venlafaxina, quetiapina, pregabalina y zopiclona con respuesta parcial a terapia. En sesión abre relato de vulneración de sus derechos sexuales, físicos, educativos/laborales y habitacionales reiterados en su infancia, con pesadillas de estos eventos, aislamiento social, hipervigilancia con sus hijos y episodios de despersonalización. Dado nuevo cuadro de TEPT con comorbilidad médica se obtiene consentimiento y se deriva a COSAM donde se está estudiando organicidad neurológica.

Discusión y conclusiones: La comorbilidad psiquiátrica está ampliamente descrita en fibromialgia, empeorando resultados clínicos como estadía hospitalaria, principalmente estrés postraumático. Se han abierto vetas investigativas en que fibromialgia y TEPT comparten redes neuronales como la red de prominencia. Presentamos el caso de una paciente con fibromialgia desestimada por otros profesionales, en la que se abre un abanico de problemas mediante alianza terapéutica. Con este caso, se plantea la necesidad de los clínicos a no enfocarse en reconocer criterios diagnósticos de enfermedades, sino enfatizar el entender la experiencia de sufrimiento de los pacientes, para optimizar el manejo integral de estos.

Palabras clave: Fibromialgia, Estrés Postraumático, Comorbilidad, neuropsiquiatría

FIBROSIS RETROPERITONEAL Y ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL, ABORDAJE DIAGNÓSTICO MEDIANTE HOSPITAL DIGITAL:

Autores: Arcos Rojas Franco Antonio(1); Villar Henríquez Matías Ignacio(2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Jorge Jordán Domic, Ovalle (2) Médico General de Zona, CESFAM Sotaquí, Ovalle

Introducción: La fibrosis retroperitoneal (FRP) es una patología inflamatoria infrecuente debido al depósito de tejido fibrótico, generalmente idiopática, aunque puede asociarse a fármacos, enfermedades del tejido conectivo o neoplasias. La presentación clínica es larvada e inespecífica, siendo el dolor lo más frecuente asociado a febrícula, fatiga o constipación. Las complicaciones ocurren de manera tardía, destacando la enfermedad renal crónica terminal.

Presentación del caso: Mujer de 52 años hipertensa, diabética y con obesidad con cuadro de dolor lumbosacro de años de evolución, en 2015 se realiza tomografía computarizada (TC) que informa FRP, pero no logra completar estudio. En controles crónicos de atención primaria (APS), se pesquisa microalbuminuria persistente por más de tres meses, con una velocidad de filtración glomerular conservada. El caso se presenta por célula de Nefrología - Hospital Digital, donde se recomienda optimizar el control de los factores perpetuantes de microalbuminuria y, considerando el antecedente de FRP, sugiere descartar enfermedad relacionada a Inmunoglobulina (Ig) G4 (ER-IgG4). Posteriormente es evaluada por inmunología presencial, destacando: Proteinuria: 0,05 g/24h, componente 3 del complemento: 116 mg/dL, componente 4 del complemento: 13,7 mg/dL, IgG: 1595 mg/dL, IgA: 430 mg/dL, velocidad de eritrosedimentación: 48 mm/h y proteína C reactiva: 1,18 mg/dL. Se complementa con TC abdominal que muestra aumento de densidad del tejido graso periaórtico infrarrenal izquierdo, retracción parcial del uréter ipsilateral sin estenosis significativa, y atrofia parenquimatosa difusa del riñón izquierdo. El panel inmunológico evidencia anticuerpos antinucleares 1:320 y anti-ácido desoxirribonucleico (+), confirmándose el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) con fibrosis retroperitoneal secundaria a serositis e iniciándose tratamiento con metotrexato e hidroxicloroquina. En controles posteriores en APS se evidencia buena respuesta clínica y normalización de albuminuria, se firma consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: El compromiso renal en la FRP puede originarse por hidronefrosis secundaria a obstrucción del tracto urinario o daño renal de la enfermedad primaria (LES o ER-IgG4). Este caso enfatiza la relevancia del estudio de dolor crónico, el tamizaje de enfermedad renal en pacientes con factores de riesgo y el uso de Hospital Digital, como herramienta de apoyo diagnóstico y de gestión integral en APS.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica, Fibrosis retroperitoneal, Lupus eritematoso sistémico

FRACTURA COSTAL POR TOS: REPORTE DE UN CASO DE UN HOSPITAL RURAL

Autores: Godoy Ortega Isidora (1); Bravo Ovando Vicente (2) Hinostroza Fuentes Laura (3) Thiers Shibar Florencia (4)

Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, Hospital de Pichidegua, Pichidegua (2) Interno de Medicina Universidad Austral de Chile, Campus Clínico Osorno (3) Médica General de Zona, Hospital de Queilen, Queilen (4) Médica General de Zona, Hospital de San Javier, San Javier

Introducción: Las fracturas costales son causa frecuente de dolor torácico, habitualmente secundarias a traumatismos torácicos cerrados. En casos aislados pueden originarse por mecanismos no traumáticos, como tos intensa o prolongada. Estas fracturas por estrés representan una entidad subdiagnosticada, descrita principalmente en pacientes con factores predisponentes como enfermedades pulmonares crónicas, osteopenia o uso prolongado de corticoides. Su identificación es relevante, ya que suelen confundirse con procesos infecciosos o musculoesqueléticos, retrasando el manejo adecuado. El objetivo de este reporte es describir un caso de fractura costal por tos en un adulto mayor con patología pulmonar de base, destacando su presentación clínica y abordaje diagnóstico terapéutico en un entorno rural.

Presentación del caso: Paciente de 90 años, con antecedentes de fibrosis pulmonar secundaria a neumonitis por hipersensibilidad, artritis reumatoide e hipertensión. Consultó por dolor torácico inspiratorio de tres días de evolución, asociado a disnea leve y tos productiva persistente. Negó caídas o traumatismos recientes. Al examen físico se destacó ventilación simétrica, crépitos bibasales y dolor a la palpación del hemitórax izquierdo. Radiografía de tórax evidenció fracturas de las costillas 7 y 8 izquierdas sin lesiones intratorácicas asociadas. Exámenes de sangre sin signos de infección o inflamación. Se indicó manejo ambulatorio con analgesia oral y codeína, junto a reposo y seguimiento en atención primaria, con resolución completa de los síntomas a las dos semanas.

Discusión y conclusiones: Las fracturas costales inducidas por tos son infrecuentes, representando menos del 1% de las fracturas costales reportadas. Predominan en mujeres posmenopáusicas y pacientes con tos crónica o patología pulmonar subyacente. Los sitios más afectados corresponden a las costillas medias e inferiores, especialmente entre la sexta y la décima. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y la confirmación radiológica, siendo útil la radiografía dirigida o la tomografía en casos dudosos. El tratamiento es conservador, centrado en analgesia (antiinflamatorios o codeína) y control de la tos para prevenir complicaciones como neumonía o consolidación defectuosa. Este caso refuerza la necesidad de considerar la fractura costal por tos como diagnóstico diferencial en adultos mayores con dolor torácico sin antecedente traumático, especialmente en contextos rurales con limitaciones diagnósticas.

Palabras clave: Costillas, Fracturas Óseas, Tos Crónica

FRACTURA EN PRÓTESIS ESTABLECIDA, RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE UNA VANCOUVER B2 CON TÉCNICA MODULAR:

Autores: Lascano Torres Felipe (1); Henríquez Villouta Fernando (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de San José de Maipo, San José de Maipo, Santiago.

Introducción: Las fracturas peri protésicas de cadera representan una complicación creciente asociada al aumento de artroplastias en población geriátrica. Su incidencia posterior a artroplastia total primaria alcanza hasta un 2,3%. Según la clasificación de Vancouver, el tipo B1 es el más frecuente, mientras que las fracturas tipo B2, con vástago inestable y adecuada calidad ósea, son menos comunes y requieren cirugía de revisión. Estas lesiones suponen un desafío técnico y clínico por su elevada morbilidad, riesgo funcional y necesidad de manejo especializado.

Presentación del caso: Paciente masculino de 83 años, portador de prótesis total de cadera derecha, consulta tras caída a nivel en domicilio con dolor e impotencia funcional en extremidad inferior derecha. Radiografía inicial muestra fractura peri protésica diafisaria, indicándose analgesia, inmovilización y derivación al Hospital Sótero del Río. Los estudios complementarios (radiografía y tomografía) confirmaron fractura tipo Vancouver B2 con trazo intertrocantérico-subtrocantérico, desplazamiento medial y presencia de cemento suelto. Se realiza cirugía de revisión mediante abordaje posterolateral, retirándose prótesis y cemento previos, con implantación de vástago modular de revisión, osteosíntesis complementaria con cables y cerclaje distal profiláctico, y reemplazo de liner acetabular por uno metálico de doble movilidad. El procedimiento cursó sin incidentes, logrando adecuada reducción e implantación bajo radioscopia.

Discusión y conclusiones: Las fracturas Vancouver B2 exigen recambio de vástago ante pérdida de estabilidad, dado el riesgo de consolidación inadecuada si se realiza solo osteosíntesis. En este caso, la cementectomía completa, fresado diafisario y uso de vástago modular permitieron restaurar la estabilidad axial y rotacional, mientras que el liner de doble movilidad disminuyó el riesgo de luxación, facilitando una rehabilitación precoz. El manejo quirúrgico mediante revisión modular y doble movilidad constituye una estrategia eficaz en fracturas Vancouver B2, optimizando la función y reduciendo complicaciones. Este caso destaca la importancia de la clasificación de Vancouver para la toma de decisiones, el abordaje integral en centros de referencia y la utilidad de implantes modulares en pacientes geriátricos con fracturas peri protésicas complejas.

Palabras clave: Falla de Prótesis, Prótesis de Cadera, Fracturas de Cadera

FRACTURA PATOLÓGICA DE FÉMUR COMO MANIFESTACIÓN DE CÁNCER DE VESICULA BILIAR: REPORTE DE CASO

Autores: Vallejos Burgos, Diego (1); Pereira Hernandez Omar (1), Gutierrez Parada Sofía (1), Vallejos Burgos Camila (2).
Afiliaciones: (1) Médico EDF, Hospital De Collipulli (2) Alumna De Medicina, Universidad De La Frontera, Temuco

Introducción: Una fractura en hueso patológico se define como una fractura en un hueso previamente alterado por un proceso patológico local o sistémico, como tumores, enfermedades metabólicas, displasias o infecciones. Se sospecha en mecanismos de baja energía o sin trauma significativo. Puede asociarse a dolor óseo. En contexto de metástasis ósea, los tumores que con mayor frecuencia causan fracturas patológicas son el cáncer de mama (15-65%), pulmón (5-15%), próstata (8-15%), riñón (5-18%) y tiroides (6%). El cáncer de vesícula biliar presenta una alta mortalidad dado que no presenta sintomatología específica. La metástasis ósea es la presentación más infrecuente y se presenta en estadios avanzados.

Presentación del caso: Mujer de 79 años con hipotiroidismo y colelitiasis, presenta caída a nivel evolucionando con impotencia funcional y acortamiento de extremidad inferior derecha. La radiografía evidencia fractura de diáfisis femoral derecha, se realiza reducción y fijación externa. Dado mecanismo se sospecha fractura por hueso patológico. Se realiza búsqueda de origen primario: Ecografías mamaria y tiroidea sin hallazgos significativos. Scanner de tórax, abdomen y pelvis con contraste evidencia engrosamiento parietal vesicular irregular de aspecto neoplásico, con lesiones de aspecto secundario hepáticas y óseas (vértebras T2 y T9). Destaca CA 19.9 >10000 U/ml. Dirigidamente presentó baja de peso, sudoración nocturna y plenitud post prandial de larga data. Se realiza reducción y osteosíntesis con clavo cefalomedular largo y tornillo cefálico. Dado cáncer de vesícula biliar de alto grado con metástasis se ingresa a cuidados paliativos.

Discusión y conclusiones: La importancia en la sospecha de una fractura patológica radica en que su diagnóstico define y modifica el enfoque terapéutico, permitiendo identificar una enfermedad subyacente como el caso de una neoplasia no identificada o recaída de un cáncer diagnosticado, dado que no es infrecuente que se asocie a malignidad. El tratamiento como una fractura convencional retrasa el diagnóstico, empeorando el pronóstico. El reconocimiento oportuno orienta el estudio imagenológico o histológico, evitando errores, orientando el manejo correspondiente. En caso de un cáncer avanzado, el diagnóstico adquiere un valor paliativo y orientador de pronóstico, estableciendo un alcance de la enfermedad y el control sintomático.

Palabras clave: Fractura de fémur, Metástasis, Neoplasia de vesícula biliar.

GESTANTE PORTADORA DE HEMOFILIA A CON NIVELES NORMALES DE FACTOR VIII: CONSIDERACIONES HEMATOLÓGICAS Y PERINATALES:

Autores: Solís Durán Carolina (1); Forner Muñoz Fernanda (2), Pérez Fernández Valentina (1), Tapia Contreras Sofía (3)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Cesfam Ventanas, Puchuncaví, Chile. (2) Médico General de Zona, Hospital Dr Leopoldo Ortega, Chile Chico, Chile. (3) Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.

Introducción: Hemofilia A un trastorno recesivo ligado al X causado por deficiencia del factor VIII (FVIII). Aunque las portadoras suelen ser asintomáticas, algunas pueden presentar hemorragias significativas, especialmente durante el parto y puerperio. En embarazadas afectadas el manejo debe ser multidisciplinario, en centro de alta complejidad, control de FVIII, planificación del parto y medidas preventivas en el recién nacido en riesgo. El objetivo es reportar un caso de gestante con hemofilia A y recién nacido varón, y discutir las principales consideraciones diagnósticas, terapéuticas y perinatales.

Presentación del caso: Femenina de 26 años, nulípara, diabetes gestacional, portadora de hemofilia A con niveles de FVIII normales (67%) y embarazo de 36+5 semanas de feto masculino. Sin antecedentes de sangrados articulares ni hemorragias actual. Antecedentes familiares de hemofilia en línea materna. Antecedente de aborto espontáneo (2021) con hemorragia prolongada. Ecografía de 34+6 semanas muestra feto único vivo, líquido amniótico aumentado y peso estimado p>90. Se decide hospitalizar para planificar la interrupción. Hematología indica ácido tranexámico 1gr cada 8hr durante las primeras 24 a 48hr postparto, sin requerir profilaxis con FVIII. Se recomienda evitar maniobras obstétricas traumáticas. En caso de sangrado anormal sugieren liofilizados VIII (2000U). A las 37 semanas inicia trabajo de parto espontáneo, se realiza cesárea sin complicaciones, recibiendo dosis indicadas. El recién nacido fue evaluado por neonatología sin requerimiento de otras intervenciones. Durante puerperio ambos evolucionan favorablemente, sin sangrados ni hematomas.

Discusión y conclusiones: El manejo de esta gestante portadora de hemofilia A, con niveles de FVIII dentro del rango normal —hallazgo esperado por el aumento fisiológico del factor durante el embarazo—, se realizó conforme a las recomendaciones internacionales, priorizando la evaluación hemostática, la coordinación multidisciplinaria y la prevención de complicaciones hemorrágicas. La decisión de no administrar profilaxis con concentrado de FVIII fue apropiada dado su nivel >50%, manteniendo la reposición con liofilizados (2.000U) como alternativa ante sangrado. En el ámbito perinatal, se siguieron las guías al evitar maniobras obstétricas traumáticas (fórceps, ventosa, electrodos fetales) por el riesgo de hemorragia intracraneana en el feto varón potencialmente afectado. El manejo multidisciplinario y planificado permitió un parto seguro, sin complicaciones hemorrágicas, siguiendo las guías internacionales vigentes.

Palabras clave: Hemofilia A, Factor VIII, Embarazo

GLIOBLASTOMA MULTIFORME COMO CAUSA DE CEFALEA CON BANDERAS ROJAS EN PEDIATRIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Guajardo Alarcón Valentina (1); Cid Padilla Ricardo (2), Figueroa Scholz Francisca (3), Herrera Suarez Diego (3)

Afiliaciones: (1) Médico general, Hospital de Palena, Palena (2) Médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación. Hospital de Chaitén, Chaitén. (3) Médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación. Hospital de Palena, Palena.

Introducción: El glioblastoma multiforme (GM), neoplasia maligna del sistema nervioso central, es el tumor primitivo cerebral con mayor letalidad documentada, cuya incidencia aproximada oscila entre 0,59 a 3,69 casos por 100.000 habitantes. Estudios recientes reportan que, sin terapia, la sobrevida de los pacientes posterior al diagnóstico es cercana a 3 meses. Sin embargo, al emplear resección quirúrgica, radioterapia (RT) y quimioterapia (QT) con temozolomida, dicho tiempo aumenta entre 12 y 15 meses.

Presentación del caso: Paciente masculino de 15 años, sin antecedentes, el 05/03/2024 acude al Hospital de Chaitén por cuadro caracterizado por cefalea cíclica que predominaba en la noche y madrugada, vómitos explosivos, pérdida de motivación y energía, asociado a hipertensión arterial, bradipsiquia y bradicardia. Dado criterio de urgencia neurológica, es derivado a Hospital de Puerto Montt. Estudio imagenológico con tomografía computarizada de cráneo objetivan un tumor intracerebral, intraventricular predominio ventrículo izquierdo + hidrocefalia y desviación de la línea media. Realizándose derivación ventrículo peritoneal (DVP) de urgencia el 06/03/2024, por hipertensión endocraneana. Resonancia magnética 10/03/2024: lesión neoplásica talámica izquierda con extensión al mesencéfalo y al interior del ventrículo lateral izquierdo. El 13/03/2024 se realiza exéresis tumoral + biopsia con extirpación aproximadamente del 90% de la lesión intraventricular preservando porción tumoral adherida al tálamo y mesencéfalo. Paciente se mantuvo hemodinamicamente estable en el post operatorio, secuelado con hemiparesia faciobraquiocrural derecha disarmónica M1b-M2c con hipoestesia. El 28/03/2024 destaca biopsia que informa GM grado IV. El 09/04/2024 es presentado en comité oncológico donde se decide continuar con radioterapia y seguimiento multidisciplinario. Inició RT-QT en Valdivia, posteriormente presentó deterioro clínico atribuible a ventriculitis post DVP y toxicidad hepática atribuible a Temozolomida. Finalmente fallece el 03/10/2024 por hipertensión endocraneana secundaria a recidiva tumoral.

Discusión y conclusiones: En la edad pediátrica, los tumores cerebrales son el segundo cáncer más frecuente después de las leucemias y los linfomas. Los GM son tumores agresivos con una sobrevida corta. Su incidencia mundial anual en pediátricos se encuentra entre 10 y 18 casos por millón. Si bien es una patología poco frecuente, la sospecha de este diagnóstico y las rápidas acciones posteriores pueden aumentar el tempo de sobrevida de estos pacientes.

Palabras clave: Glioblastoma multiforme, Hipertensión endocraneana, Pediatría.

GLIOMA DIFUSO DE LÍNEA MEDIA COMO PRESENTACIÓN INHABITUAL DE PARÁLISIS FACIAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO:

Autores: Neumann Klein Josefina (1); Diez Lagos Camilo (1) Muñoz Perez Gustavo (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Cesfam Teodoro Schmidt, Teodoro Schmidt (2) Médico General, Hospital de Puerto Montt, Puerto Montt

Introducción: La parálisis del nervio facial (PF) es una enfermedad frecuente en los servicios de urgencias pediátricos, esta puede resultar de una lesión periférica del nervio facial o de una lesión central que afecta a la neurona motora superior, debido a un daño por encima del núcleo facial entre la corteza y la protuberancia (parálisis facial central). La incidencia de FP en niños menores de 10 años es de 2,7 por 100.000 anualmente. En la población pediátrica, las causas más comunes de PF son la parálisis de Bell, enfermedades infecciosas, neoplasias malignas, traumatismos y anomalías congénitas.

Presentación del caso: Preescolar femenina de 3 años, sin antecedentes, con cuadro de 10 meses de evolución que inicia con asimetría facial izquierda, sin otros síntomas. Neurólogo indica scanner cerebral, sin hallazgos. Se diagnostica PF izquierda y se indica tratamiento con kinesiología (KTM) y prednisona. Por persistencia de síntomas se realiza resonancia nuclear magnética de cerebro 3 meses después, evidenciando lesión neoplásica infiltrativa pontina con componente exofítico izquierdo. Se maneja con dexametasona y biopsia con diagnóstico de astrocitoma pilocítico, estudio genético H2K25 y ausencia de mutación BRAF, por lo que se re-clasifica como glioma difuso de línea media (GDLM). Se realiza cirugía: craneotomía suboccipital con resección subtotal (90% del tumor) y neurorrehabilitación diaria. Por buena respuesta se decide alta y manejo ambulatorio con KTM, a pesar de terapia persiste con gran parálisis facial que aumenta luego de cirugía. Se presenta en comité oncológico nacional cuya resolución indica quimioterapia con temozolamida. Se obtuvo consentimiento informado de los padres para la publicación del caso.

Discusión y conclusiones: Los GDLM son un tipo inhabitual de tumores del sistema nervioso central que surgen en estructuras de la línea media como tálamo, tronco encefálico y médula espinal. Ocurren predominantemente entre los 5 y 10 años, el comportamiento es agresivo y tienen mal pronóstico. Los síntomas más frecuentes son cefaleas persistentes e intensas, ataxia, afasia y con menor frecuencia parálisis. Este caso destaca la importancia de considerar causas centrales en parálisis faciales pediátricas persistentes, para lo cual el uso de neuroimágenes es el pilar fundamental, incluso ante presentaciones oligosintomáticas.

Palabras clave: Parálisis facial, Glioma, tumores del sistema nervioso central.

Granulomatosis con Poliangeítis de presentación poco frecuente en paciente pediátrico, desde compromiso oftálmico a renal, a propósito de un caso:

Autores: Müller Henríquez Matías (1); Cruz Soto Fernanda (1), Sandoval Toledo Williams (1), Rosas Silva Javier (1).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Comunitario de Salud Familiar Dr. Eduardo Contreras Trabucco de Coelemu, Coelemu.

Introducción: La Granulomatosis con Poliangeítis (PGA) es una vasculitis necrotizante de patogenia desconocida que afecta a los vasos de pequeño y mediano calibre, está asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA), con una incidencia mundial aproximada de 10 casos por millón, siendo menos frecuente en la población pediátrica, correspondiendo a un 15% de los casos; en el debut de la enfermedad la alteración oftalmológica aislada se da en menos de un tercio del total de casos pediátricos.

Presentación del caso: Femenina de 5 años, sin antecedentes mórbidos, con cuadro de aumento de volumen progresivo del párpado superior del ojo izquierdo de 2 meses de evolución al momento de control médico, sin alteración inicial en sus exámenes; ante sospecha de tumor orbitario se realiza una Resonancia Magnética Orbitaria que describe aumento de volumen y captación de contraste de glándula lagrimal izquierda concordante con dacrioadenitis, la que fue posteriormente biopsiada por persistencia del cuadro, informando lesión inflamatoria con angeítis granulomatosa. La paciente es evaluada por inmunología infantil a los 4 meses de iniciado los síntomas con estudio inmunológico, obteniendo resultados positivos para ANCA patrón de fluorescencia perinuclear (ANCA-P) y Anticuerpos contra la enzima mieloperoxidasa (MPO), además, presentó un examen de orina con glóbulos rojos dismórficos y proteinuria, por lo que se realiza biopsia renal que informa glomerulonefritis con patrón crecéntico, lesiones esclerosantes compatibles con vasculitis de vaso pequeño por ANCA. Se iniciaron bolos de metilprednisolona y un esquema de Rituximab, con favorable respuesta, con desaparición del aumento de volumen ocular y normalización de los exámenes de sangre y de orina a los 3 y 6 meses post tratamiento.

Discusión y conclusiones: La PGA es una vasculitis poco frecuente y estudiada en población pediátrica, con un amplio espectro diverso en sus presentaciones, por lo que se requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico, dado que no siempre se presentará compromiso sistémico en el debut de la enfermedad, pudiendo darse en órganos aislados. No existe sólo un esquema farmacológico para el manejo de la GPO, pero se describen tasas altas de remisión completa de enfermedad con uso de Rituximab en población con compromiso renal.

Palabras clave: Vasculitis, Glomerulonefritis, Rituximab.

HALLAZGO INCIDENTAL DE TUMOR TESTICULAR POSTERIOR A TRAUMA GENITAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Obreque Zambrano Bastián (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Maullin, Maullín.

Introducción: El trauma escrotal es una causa frecuente de consulta en el servicio de urgencias secundario a actividades de la vida diaria. El cáncer testicular es la causa más frecuente de neoplasia solida que afecta a hombres entre los 15 a 35 años, siendo el 1% de todas las neoplasias en hombres. A continuación, se presenta un caso de trauma escrotal por aplastamiento que permitió el hallazgo de una masa testicular maligna.

Presentación del caso: Paciente masculino de 24 años, sin antecedentes mórbidos ni cirugías previas, es evaluado en urgencias por trauma testicular por aplastamiento. Al examen físico destaca teste derecho eritematoso, aumentado de volumen, con consistencia aumentada, reflejo cremastérico abolido, transiluminación negativa. Se realiza primera ecografía testicular que destacaba lesión heterogénea en testículo derecho de naturaleza indeterminada, sugería considerar en el diagnóstico diferencial hematoma vs neoplasia. TC informa aumento tamaño testicular derecho de posible origen neoplásico, sin lesiones de aspecto secundario. Toma de marcadores tumorales AFP (+) BHCG (+) LDH (-). Se decide realizar ecografía de control donde destaca lesión de mayor tamaño, con aumento de componente sólido y vascularización. Se realiza orquiectomía radical derecha con evaluación postoperatoria con normalización de marcadores tumorales. En el resultado de la biopsia destaca la presencia de tumor germinal mixto, con presencia de saco vitelino 60% teratoma 35% coriocarcinoma 5%.

Discusión y conclusiones: El hallazgo incidental de tumores testiculares secundario a trauma es frecuente, principalmente debido a una evaluación escrotal minuciosa. Cualquier lesión firme, dura y adherida debe ser sospecha de malignidad como diagnóstico diferencial. Ante la sospecha diagnóstica, se realiza inicialmente ecografía y toma de marcadores tumorales. La ecografía, presenta limitaciones para la caracterización y etapificación de las lesiones, por lo cual la orquiectomía inguinal radical es el procedimiento que determina la histología y la etapificación. Es importante mantener un alto grado de sospecha de cáncer testicular en hombres con presencia de masa testicular con características clínicas de malignidad, ya que es una patología con buena respuesta al tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Neoplasias testiculares, enfermedades testiculares, enfermedades de los genitales masculinos.

HAMARTOMATOSIS MULTIPLE COMO CAUSA INFRECUENTE DE SINDROME ICTERICO. REPORTE DE CASO:

Autores: Rojas Cayo Luis (1); Contreras Brandt Francisco (1), Meza Chevecich Claudia (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Pitrufquén, Pitrufquén.

Introducción: La hamartomatosis biliar múltiple es una malformación congénita benigna poco frecuente con una incidencia de un 1% en niños y de un 5,6% en adultos. Se produce por una involución incompleta de los conductos biliares intrahepáticos terminales embrionarios dilatados, rodeados por estroma fibroso que no comunican con el árbol biliar. Es una patología de curso benigno y asintomático, aunque se puede manifestar con alteraciones de las pruebas hepáticas asociado a ictericia. En general, se trata de un hallazgo incidental por imágenes en estudios de ictericia con patrón colestásico, siendo la colangiorresonancia magnética (CRM) el examen de elección, lo que permite realizar un diagnóstico diferencial acabado, entre ellos, el descarte de metástasis hepática y otros de relevancia clínica.

Presentación del caso: Paciente femenina de 59 años, consulta por cuadro de 2 días de dolor abdominal, vómitos, ictericia, coluria, acolia y ascitis. Estudio de laboratorio destaca hiperbilirrubinemia de predominio directo con patrón colestásico y CA19-9 elevado. Se realiza Tomografía computada que informa colelitiasis, hepatomegalia, cambios inflamatorios sugerentes de hepatitis y aparente lesión focal hepática. Se realiza paracentesis que descarta peritonitis, marcadores virales negativos, estudio endoscópico y evaluación ginecológica negativa por sospecha de secundarismo. Dado los hallazgos de laboratorio e imagenológicos, se decide estudio dirigido de vía biliar con CRM que informa hamartomatosis múltiples de vía biliar y colelitiasis, descartando sospecha de coledocolitiasis y metástasis hepática.

Discusión y conclusiones: El caso presentado permite relevar la importancia del diagnóstico diferencial y el descarte ordenado de patologías según orden de frecuencia. Las alteraciones hepáticas con patrón colestásico y el estudio dirigido de la vía biliar, siendo la CRM el estudio de elección, permite realizar un diagnóstico certero y confiable dentro del abanico de posibilidades diagnósticas. Si bien la hamartomatosis es una patología infrecuente e incidental, se debe tener en consideración luego de haber descartado otros diagnósticos más frecuentes. Es necesario contar con un esquema lógico y ordenado para evitar omisiones en un adecuado enfrentamiento clínico. Dado un curso benigno, el seguimiento clínico-imagenológico es de elección, se debe tener en consideración posibles complicaciones como colangitis o transformación maligna en el cual se deberá realizar un manejo dirigido.

Palabras clave: Ictericia, Síndrome de hamartomatosis múltiple, Vía biliar

HEMATOMA PARENQUIMATOSO CEREBRAL ASOCIADO AL USO CRÓNICO DE BRONCODILATADORES B-AGONISTAS Y ANTICOLINÉRGICOS, UNA COMPLICACIÓN NEUROLÓGICA INESPERADA:

Autores: Lagos Fernández Gabriela (1); Valdivia Utreras Javiera (1), Fernández Labra Emily (1), Ramírez Faure Luzmaría (2)
Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, Hospital del Salvador de Peumo, Peumo. (2) Interna de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago.

Introducción: Los broncodilatadores inhalados de acción β-adrenérgica (salbutamol) y los anticolinérgicos de larga duración (bromuro ipratropio) son pilares terapéuticos en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Su uso prolongado está asociado a efectos sistémicos (taquicardia, alteraciones electrolíticas, hipertensión) y, en raras ocasiones, a eventos cerebrovasculares. La relación entre la exposición crónica a estas sustancias y la aparición de hematomas intracerebrales no está claramente establecida. Se presenta caso de paciente que desarrolló un hematoma parenquimatoso con vasoespasmo adyacente de etiología incierta.

Presentación del caso: Masculino de 89 años, con antecedentes de EPOC e hipertensión arterial (HTA), usuario crónico de salbutamol y bromuro de ipratropio. Acude al servicio de urgencias por cuadro de dos horas de evolución caracterizado por hemiparesia, afasia y compromiso de conciencia. Al examen físico destaca hipertensión 156/73 mmHg, sopor superficial, sin respuesta verbal, hemianopsia derecha, paresia faciobraquiocrural derecha e hipotonía ipsilateral. Laboratorio sin hallazgos, angiotomografía computarizada (Angio-TC) cerebro y cuello informa hematoma parenquimatoso frontoinsular temporal ganglionar izquierdo con vasoespasmo adyacente, ateromatosis carotídea y obstrucción crítica en origen de arteria carótida interna izquierda. Se inician medidas de neuroprotección y tratamiento con nimodipino durante tres semanas. Evaluado por neurología, sugieren buscar uso de sustancias inhaladas dado que hallazgos no se correlacionan con antecedentes del paciente. Se desestima resolución quirúrgica. Evoluciona desfavorablemente, falleciendo tras 44 días de hospitalización.

Discusión y conclusiones: Paciente con hemorragia intracraneal de etiología incierta; pese a antecedentes de HTA, el Angio-TC no mostró malformaciones arteriovenosas, sugiriendo posible etiología iatrogénica secundaria a broncodilatadores. La literatura reporta escasos casos similares asociados al uso crónico o sobredosis de salbutamol. El empleo prolongado de salbutamol y bromuro de ipratropio puede inducir hipertensión sostenida y vasoespasmo cerebral por estimulación simpática y bloqueo colinérgico, mecanismos que, en ancianos con ateromatosis carotídea, favorecen la ruptura vascular y formación de hematomas. La combinación con ipratropio potencia la vasoconstricción al inhibir el óxido nítrico endotelial. Edad avanzada, HTA mal controlada y exposición prolongada a broncodilatadores β-agonistas constituyen un conjunto de factores que incrementan la vulnerabilidad vascular. Ante riesgo cardiovascular alto, debe evaluarse reducir dosis o usar terapias alternativas, con monitoreo hemodinámico y vascular previo, valorando siempre riesgo-beneficio.

Palabras clave: Broncodilatadores, Hematoma cerebral, Salbutamol

HEMATOMA POR BAROTRAUMA SECUNDARIO A TOS CON GLOTIS CERRADA:

Autores: Cid Vera Josefa Fernanda (1); Haberle Monsalve Antonia (2), Muñoz Aguilera, Maximiliano (1), Rojas Valenzuela, Rayen Antonia (2)
Afiliaciones: (1) Médico(a) General de Zona, Hospital Familiar y Comunitario de Lanco, Lanco, Los Ríos. (2) Médico(a) General de Zona, Centro de Salud Familiar Panguipulli, Panguipulli, Los Ríos

Introducción: El hematoma de la pared abdominal o toracoabdominal es una patología usualmente asociada a traumatismos o alteraciones de la coagulación, aunque puede presentarse de forma espontánea tras un aumento súbito de la presión intratorácica durante episodios de tos intensa con glotis cerrada, lo cual se ha descrito previamente como complicación tras el consumo de sustancia (1). Este mecanismo, denominado barotrauma, corresponde a un daño tisular físico producido por diferencias de presión entre un gas o fluido y una cavidad corporal no ventilada, generando fuerzas de compresión y cizallamiento. Habitualmente afecta senos o oído medio, pero puede causar también neumotórax, hemorragia pulmonar o enfisema subcutáneo (2).

Presentación del caso: Paciente con antecedente de artrosis lumbar, sin tratamiento, consulta en servicio de urgencias por cuadro de ocho días de evolución de dolor en reborde costal derecho, gatillado con la tos, niega trauma. Inicialmente impresiona origen osteomuscular, con indicación de analgesia. Tras tres días evoluciona con equimosis que abarca hemiabdomen derecho desde la séptima costilla hasta fosa iliaca con extensión a lumbar, niega otros síntomas. Se realizan exámenes que destacan anemia leve, plaquetas, perfil hepático y pruebas de coagulación dentro de rango, amilasa negativa. Se decide traslado para estudio con tomografía computarizada de abdomen y pelvis que informa aumento de densidad en tejido cutáneo superficial y partes blandas a nivel toracoabdominal derecho, sin colección organizada u otros hallazgos patológicos. Evaluado por médico internista junto a radiología, se sospecha diagnóstico de hematoma por barotrauma secundario a tos con glotis cerrada.

Discusión y conclusiones: Los hematomas espontáneos de la pared abdominal pueden originarse por diversos factores, excepcionalmente secundario a tos intensa o aumento súbito de la presión intraabdominal, el diagnóstico se basa en la clínica y la tomografía computada la cual es fundamental para confirmar el hematoma, localizarlo y detectar sangrado activo. (3) En casos con inestabilidad hemodinámica, la embolización transarterial percutánea ofrece alta eficacia y baja tasa de resangrado, siendo el tratamiento de elección. En pacientes estables, el manejo conservador con control clínico suele ser suficiente. (3) Este caso destaca la relevancia de considerar el barotrauma por tos como diagnóstico diferencial ante dolor y equimosis toracoabdominal sin trauma ni alteraciones hematológicas, evitando intervenciones innecesarias.

Palabras clave: Barotrauma, hematoma, tos

HEMATOMA SUBDURAL AGUDO ESPONTANEO EN PACIENTE JOVEN, REPORTE DE UN CASO:

Autores: Leighton Leañez Fernando Javier (1); Ulloa Adasme Matías Nicolás (2), Carrasco Puga Fernanda Elena (3), Hilcker Moreno Carlos Alberto (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Pitrufquén, Pitrufquén, Región de la Araucanía. (2) Médico General de Zona, Hospital de Gorbea/DSM Gorbea, Gorbea, Región de la Araucanía. (3) Médico General de Zona, CESFAM Pitrufquén, Pitrufquén, Región de la Araucanía.

Introducción: El hematoma subdural agudo (HSA) constituye una emergencia neurológica que requiere diagnóstico y tratamiento inmediato debido a su potencial desenlace fatal. Habitualmente es secundario a traumatismos craneales, sin embargo, existen casos infrecuentes de origen espontáneo, definidos por la ausencia de antecedentes de trauma y con etiologías diversas, como la ruptura de aneurismas cerebrales o, más raramente, la complicación hemorrágica de quistes aracnoidales.

Presentación del caso: Se presenta el caso de un paciente masculino de 21 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, que consultó por cefalea hemicraneana izquierda de una semana de evolución, de intensidad progresiva y escasa respuesta a la analgesia habitual. En las últimas 24 horas se agregaron vómitos explosivos, lo que motivó su evaluación en el servicio de urgencias. El paciente negó antecedentes de traumatismos o caídas recientes. El examen físico y los estudios de laboratorio fueron normales. Ante la presencia de cefalea con signos de alarma, se solicitó tomografía computarizada cerebral, la cual evidenció un hematoma subdural agudo izquierdo con desplazamiento de la línea media. El paciente fue derivado a un centro con disponibilidad neuroquirúrgica, donde se realizó una craniectomía descompresiva con drenaje del hematoma. Durante el procedimiento se observó la presencia concomitante de un quiste aracnoidal tipo Galassi II con signos de hemorragia, considerado como el posible origen del sangrado. La evolución postoperatoria fue favorable, sin déficits neurológicos secuelares, y el paciente fue dado de alta con controles ambulatorios.

Discusión y conclusiones: El HSA espontáneo asociado a quiste aracnoidal es una entidad poco frecuente, especialmente en adultos jóvenes sin factores de riesgo. Se postula que la ruptura de vasos puente o el sangrado intranquístico podrían ser los mecanismos involucrados. Dada su inespecificidad clínica, el diagnóstico depende de la neuroimagen, siendo la tomografía computarizada la herramienta inicial de elección. El tratamiento quirúrgico precoz constituye el pilar fundamental para evitar complicaciones neurológicas y mejorar el pronóstico. Este caso destaca la necesidad de incluir esta etiología en el diagnóstico diferencial de cefaleas persistentes con signos de alarma en pacientes jóvenes.

Palabras clave: Cefalea, Hematoma Subdural, Quistes Aracnoideos

HEMATOMA SUBDURAL EN PACIENTE ALCOHÓLICO CRÓNICO TRAS TRAUMA CRANEANO MENOR, UN DIAGNÓSTICO QUE NO DEBE SUBESTIMARSE

Autores: Gutiérrez Parada, Sofia (1); Olivares Trujillo, Mirta (1); Ortiz Cartes, María Ignacia (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Collipulli, Collipulli. (2) Médico General de Zona, CESFAM Los Sauces, Los Sauces

Introducción: El hematoma subdural (HSD) es una entidad frecuente en servicios de urgencias, particularmente en adultos mayores y personas con factores de riesgo como el consumo crónico de alcohol. El retraso en la consulta y la inespecificidad de los síntomas dificultan el diagnóstico oportuno. Este caso permite reflexionar sobre la importancia de una adecuada sospecha clínica en un paciente con alteración del sensorio y antecedente de traumatismo craneano menor.

Presentación del caso: Paciente masculino de 58 años, con antecedentes de alcoholismo crónico, fue traído a Urgencias del Hospital de Collipulli por cefalea intensa progresiva, crisis convulsiva y posterior compromiso de conciencia. Como antecedente, se identificó caída desde 2 metros de altura hace una semana en estado de ebriedad. Al ingreso se encontraba en regular condición general, hemodinamia estable con tendencia a la hipertensión. Al examen destacaba sopor profundo, pupilas isocóricas, mióticas y poco reactivas, toracoabdominal sin hallazgos relevantes. Durante observación, presentó bradicardia progresiva hasta 43 lpm, por lo que se administa atropina 1 mg EV, con buena respuesta. Se deriva a Hospital de referencia, en donde se realiza estudio. Exámenes de laboratorio sin alteraciones significativas y TAC cerebro evidencia un HSD fronto-parieto-temporal derecho, por lo que se presenta a Neurocirugía para manejo.

Discusión y conclusiones: El HSD es una urgencia neurológica que puede ser subestimada, especialmente en pacientes con deterioro cognitivo crónico, intoxicación o sin testigos del evento traumático. El consumo crónico de alcohol aumenta la vulnerabilidad a este tipo de lesiones, tanto por la atrofia cerebral secundaria como por los trastornos de coagulación que puede inducir. El presente caso subraya la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica en pacientes con antecedentes de trauma y alteración neurológica aguda, aún en contextos de recursos limitados. La bradicardia progresiva observada puede interpretarse como manifestación del reflejo de Cushing, indicando hipertensión intracraneana. Se recomienda una evaluación neurológica precoz, exámenes por imágenes ante mínima sospecha de lesión intracraneal, y una adecuada red de derivación oportuna a centros de mayor complejidad. Este caso, si bien no representa una novedad diagnóstica, permite reflexionar sobre prácticas clínicas que pueden mejorar la detección temprana y reducir la morbimortalidad asociada a HSD.

Palabras clave: ALCOHOLISMO CRÓNICO, HEMATOMA SUBDURAL, TRAUMATISMOS CRANEOCEREBRALES

HEMATURIA COMO CARTA DE PRESENTACIÓN DE DOS CÁNCERES UROLÓGICOS PRIMARIOS (SINCRÓNICOS), REPORTE DE UN CASO:

Autores: Vásquez Gaete Javiera (1); Pérez González Felipe (2) Troncoso Hernández Natalia (3)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Posta Salud Rural Valle El Frío, Villa Santa Lucía, Chaitén (2) Médico General de Zona, Posta Salud Rural Buill, Buill, Chaitén (3) Médico General de Zona, CECOSF Ayacara, Ayacara, Chaitén

Introducción: La incidencia estimada de cánceres genitourinarios (vesical, urotelial o renal) en pacientes con hematuria visible es de 20%. Existen factores de riesgo en común para el cáncer renal y vesical como el tabaco, exposición a químicos y factores genéticos. La incidencia del cáncer renal va en aumento, posiblemente por el mayor diagnóstico incidental, debido a esto actualmente la triada de hematuria visible, dolor en flanco y masa palpable usualmente indican diagnóstico tardío. Aunque ambos tipos de cáncer comparten algunos factores de riesgo, la concurrencia simultánea es infrecuente, lo que agrega un interés particular a la presentación de este caso clínico.

Presentación del caso: Paciente masculino de 31 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial, consulta en posta de salud rural por un día de evolución de hematuria visible, se deriva a Hospital de Chaitén para estudio, se realiza ecografía abdominal, donde se observa masa de aspecto polipoideo de 1.4 centímetros (cm) en su eje mayor localizado en cúpula vesical. Posteriormente se realiza cistoscopia que reporta lesión papilar de 2 cm a nivel de techo vesical, de aspecto tumoral. Usuario decide, consulta con urólogo en extrasistema, Indica escáner de tórax, abdomen y pelvis para evaluar diseminación, Concluye presencia de quiste cortical renal derecho Bosniak III (sugestivo de malignidad). Se somete a nefrectomía parcial derecha robótica y resección transuretral tumoral vesical, con buena evolución posterior. El resultado de la biopsia informa carcinoma primario de células renales y carcinoma primario urotelial superficial, sin compromiso linfático. Paciente es derivado a evaluación por genética clínica, en espera de atención.

Discusión y conclusiones: Una revisión sugiere que el 4,6% de los hombres de 20 a 40 años que presentan hematuria visible tendrán cáncer. Existen múltiples factores de riesgo en común para cánceres genitourinarios, aunque según la literatura revisada no se logró establecer correlación directa entre cáncer renal y vesical. Actualmente no existe consenso en el enfrentamiento de la hematuria lo que podría generar retraso en el estudio y manejo posterior. Surge la necesidad de establecer estrategias locales para prevención, detección y estudio precoz de signos y síntomas sugerentes de cáncer genitourinario con mayor énfasis en poblaciones de alto riesgo.

Palabras clave: Cáncer de vejiga, Cáncer renal, Hematuria, Nefrectomía, Neoplasias primarias múltiples, Resección transuretral de la vejiga

HEMORRAGIA INTRACEREBRAL MASIVA COMO COMPLICACIÓN DE TROMBOCITOPENIA SEVERA NO TRATADA. DESAFÍOS EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA:

Autores: Bascuñán Monsalves Gerardo (1).; Puentes Millao Javier (1), Caro Parra Gonzalo (1), Cabrera Pincheira Karen (1).
Afiliaciones: (1) Médico cirujano, Servicio de Urgencias, Hospital familiar y comunitario de Carahue, Carahue, Región de la Araucanía, Chile.

Introducción: La trombocitopenia severa es una condición hematológica potencialmente fatal cuando no se diagnostica y se trata de manera oportuna. Entre sus complicaciones más graves se encuentra la hemorragia intracerebral (HIC), cuyo pronóstico es desfavorable y requiere manejo precoz. Se presenta el caso de un paciente joven con trombocitopenia persistente que rechazó hospitalización y manejo evolucionando a una HIC Masiva.

Presentación del caso: Varón de 31 años, previamente sano, evaluado inicialmente en policlínico por equimosis y epistaxis recurrente de meses de evolución,recuento plaquetario de 12.000 uL. Se indicó hospitalización y derivación a hematología por sospecha de púrpura trombocitopénico autoinmune (PTI). Paciente rechazó hospitalización pese a la explicación de riesgos graves, incluida hemorragia cerebral. Se explica en más de una ocasión a usuario y familiares los riesgos. Se registra en atención el rechazo documentado de las indicaciones. Un mes después consultó en urgencia del Hospital de Carahue por hemiparesia braquiocrural derecha y compromiso de conciencia, con antecedente de trombocitopenia severa los días previos (plaquetas 6.000/µL). Se constató Glasgow 10, anisocoria y focalidad neurológica. Se trasladó a Hospital de mediana complejidad, donde se realizó TAC cerebral que evidenció hemorragia intracerebral con efecto de masa y desplazamiento de línea media. En examen de laboratorio destaca anemia (Hb 8.9 g/dL), trombocitopenia severa plaquetas 1.000/µL, leucocitosis 14.000/µL y PCR 253 mg/L. El paciente fue intubado y trasladado al Hospital Regional de Temuco. Equipo de Neurocirugía descartó beneficio de manejo quirúrgico por volumen hemorrágico extenso y herniación cerebral. Paciente falleció en las horas posteriores. Familiar de paciente autoriza reporte de caso

Discusión y conclusiones: La trombocitopenia severa (<10.000/µL) con sangrado espontáneo constituye una urgencia médica. La falta de adherencia o rechazo de hospitalización impide el estudio etiológico (frotis, médula ósea, serologías) y el inicio precoz de corticoides o inmunoglobulina, aumentando el riesgo de sangrado mayor. En este caso, la progresión hacia hemorragia intracerebral fue consecuencia directa de la ausencia de manejo oportuno pese a advertencias reiteradas. Este tipo de eventos plantea la importancia del consentimiento informado negativo documentado y de la educación del paciente sobre riesgos vitales en enfermedades hematológicas potencialmente tratables.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular hemorrágico, Trombocitopenia severa, hemorragia intracerebral.

HEMORRAGIA INTRACRANEAL SECUNDARIA A MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA EN ADOLESCENTE CON SÍNDROME DE OLLIER. REPORTE DE UN CASO:

Autores: Zelada Barraza, Daniel (1), Devia Veas, Daniela (1), Soublett Riaño, Priscila (1).; AFILIACIÓN

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Comunitario de Mejillones, Mejillones, Antofagasta.

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas cerebrales (MAV) constituyen una causa poco frecuente pero relevante de hemorragia intracraneal en población pediátrica. El síndrome de Ollier es una displasia ósea congénita, caracterizada por múltiples encondromas, no siendo reconocida como un factor de riesgo para aparición de MAV. El espectro clínico de las MAV puede variar desde cefalea autolimitada hasta cuadros graves con compromiso de conciencia. El diagnóstico oportuno y la elección del manejo —conservador, quirúrgico o endovascular— son determinantes para el pronóstico neurológico. Este caso subraya la importancia de su consideración dentro de los diagnósticos diferenciales de cefalea con banderas rojas.

Presentación del caso: Paciente de 15 años con antecedente de síndrome de Ollier y osteocondromatosis múltiple, sin antecedentes neurológicos previos, que tras actividad física presenta cefalea intensa seguida de vómitos y compromiso de conciencia. Al ingreso se objetiva Glasgow 8 (abre ojos al dolor, localiza, sin respuesta verbal), pupilas simétricas y reactivas, reflejos osteotendíneos conservados y reflejos protectores de vía aérea presentes. Se administra tratamiento sintomático con ondansetrón y ketoprofeno, observándose mejoría parcial a Glasgow 12, motivo por el cual se difiere intubación. Los exámenes iniciales mostraron leucocitosis de 17.600/µL, pH 7.29 y pCO_2 52 mmHg. La tomografía computada cerebral evidencia hematoma frontotemporal derecho con vaciamiento ventricular. La angio-TAC revela una malformación arteriovenosa temporoparietal derecha de 4,1 cm con drenaje venoso profundo. Se inicia manejo conservador con anticonvulsivantes, pero el paciente persiste agitado y con cefalea refractaria, requiriendo opioides. Ante esta evolución, se decide traslado para terapia endovascular.

Discusión y conclusiones: Las MAV representan una causa importante de hemorragia intracraneal no traumática en adolescentes. No existe en la literatura reportes de asociación directa con displasias esqueléticas como el síndrome de Ollier. En este caso, la clínica de inicio súbito con cefalea, vómitos y disminución del nivel de conciencia orientó rápidamente a un evento vascular agudo. La identificación de una MAV mediante angio-TC permitió establecer el origen del sangrado y planificar el manejo. La asociación con síndrome de Ollier es rara, y no es formalmente reconocida, pero resalta la necesidad de enfatizar la vigilancia neurológica en pacientes con displasias óseas congénitas.

Palabras clave: Adolescencia, hemorragia intracraneal, malformación arteriovenosa cerebral, síndrome de Ollier, manejo endovascular.

HEMOTÓRAX MASIVO ESPONTÁNEO: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE CÁNCER RENAL. CASO CLÍNICO:

Autores: Pizarro Hojas Sebastián (1); Ahues Pérez Nicolás (1), Khamg Osorio Marcela (1), Prado Yáñez Francisca (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital 21 de Mayo, Taltal, Antofagasta.

Introducción: El cáncer renal representa actualmente el 2-3% de todos los cánceres. En Chile, la incidencia es de 5/100.000 habitantes observándose tendencia ascendente en la tasa de mortalidad. Sus manifestaciones clínicas son diversas, en estadio precoz es prácticamente asintomática, muchas veces diagnosticado de manera incidental, en estadios avanzados la sintomatología dependerá según crecimiento tumoral, metástasis y/o síndromes paraneoplásicos. El hemotórax espontáneo (HE) es una entidad infrecuente que puede poner en riesgo la vida; sus causas incluyen traumatismo, anticoagulación y procesos neoplásicos que invade pleura o vasos torácicos. El objetivo de este trabajo es exponer una de las presentaciones menos frecuentes de cáncer renal (<1%) y su abordaje inicial desde atención primaria.

Presentación del caso: Paciente de sexo masculino de 61 años, sín antecedente mórbidos de relevancia, consulta en servicio urgencia por cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por disnea progresiva, la cual incrementó hasta mínimos esfuerzos. Al examen físico hemodinámicamente estable, marcada taquipnea, matidez a la percusión hemitórax derecho. Se solicitó radiografía de Tórax donde se evidenció opacificación de dos tercios del hemitórax derecho, con desplazamiento contralateral del mediastino. Se indicó pleurostomía, obteniendo 2,3 litros de líquido hemático con relación hematocrito líquido pleural/suero >0,5 sugestivo de hemotórax masivo. Se derivó a nivel secundario para completar estudio, solicitando UroTC informó voluminosa masa renal en polo inferior derecha, sugestivo de lesión proliferativa primaria, además de TC tórax muestra nódulos pulmonares bilaterales y nódulos pleurales derecho, sugestivos de extensión secundaria. Se realizó biopsia pleural a través de videotoracoscopia, informado como tejido pleural con metástasis de carcinoma de células renales papilar.

Discusión y conclusiones: El hemotórax masivo espontáneo como presentación de cáncer renal es excepcional, siendo descrito principalmente en reportes de casos. Su abordaje inicial a nivel primario dependerá de la estabilidad hemodinámica del paciente, priorizando un enfoque mínimamente invasivo con técnicas como pleurostomía, para luego proseguir con el estudio de causa de base. Dentro de las causas de HE, es fundamental descartar un amplio abanico de posibilidades etiológicas. Entre ellas, los síndromes paraneoplásicos y las patologías malignas han ido adquiriendo una creciente relevancia, por lo que el médico debe orientar el estudio diagnóstico a su identificación y exclusión sistemática.

Palabras clave: Cáncer Renal, Hemotórax Espontáneo, Hemotórax Masivo.

HERNIA DE AMYAND: PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO, REPORTE DE UN CASO

Autores: Deichler Tapia, Alexandra Ignacia (1); Gutiérrez Álvarez, Mimi Pamela (2); Fuentes Huerta, Sebastián Felipe Bernabé(3)
Afiliación: (1) Médico general de zona, centro de salud Familiar Sur, Iquique. (2) Médico general de zona, centro de salud Familiar Juan Pablo II, Antofagasta. (3) Médico general de zona, posta de salud rural Chanavayita, Iquique

Introducción: La hernia de Amyand es una es una patología poco frecuente en la que se encuentra el apéndice cecal dentro de una hernia inguinal, representando <1% de las hernias inguinales. El diagnóstico preoperatorio es raro, ya que no presenta características radiológicas claras, la clínica es indistinguible, por lo que se suele confundir con una hernia inguinal estrangulada. El diagnóstico definitivo tiene a ser intra operatorio al visualizar el apéndice dentro el saco herniario.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino, de 70 años, consulta por dolor inguinal derecho de 24 horas de evolución, sin otros sintomas asociados. Al examen físico: masa dolorosa, irreductible, tensa, en región inguinal derecha, con coloración eritematosa de la piel. Laboratorio reportan leucocitos 19.120/µL, PCR 180 mg/L, resto de parámetros metabólicos dentro de rango normal. En TC abdomen y pelvis c/c se observa hernia inguinal derecha con signos de perforación intestinal, pero no se logra consignar el asa involucrada. Paciente ingresa a cirugía de urgencias. Se aborda de forma preperitoneal mediante incisión de pfannestiel. Durante la cirugía se identifica saco herniario que contiene apéndice cecal perforado, sin compromiso de asas delgadas. Se realiza apendicectomía a través del saco herniario y reparación de la hernia con técnica de McVay. El estudio histopatológico confirma apendicitis aguda perforada con periapendicitis fibrinopurulenta. La evolución postoperatoria fue favorable, con buena respuesta antibiótica y alta al tercer día sin complicaciones.

Discusión y conclusiones: La hernia de Amyand es una causa poco frecuente de abdomen agudo y su diagnóstico preoperatorio es difícil; el cuadro puede confundirse con una hernia estrangulada u otros procesos inflamatorios locales. El tratamiento es quirúrgico, consiste en apendicectomía y reparación herniaria, evitando el uso de malla cuando existe contaminación.

Palabras clave: Hernia de Amyand, Apendicitis.

HERNIA HIATAL TIPO IV: PRESENTACIÓN RADIOGRÁFICA EN PACIENTE ASINTOMÁTICA

Autores: Cartes Acuña Maria (1); Nain Manquel Carla (2), Venegas Vergara Carolina (3), Contreras Sahr Vicente (4)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Victoria, Victoria. (2) Médico General, CESFAM Victoria, Victoria. (3) Médico General de Zona, CESFAM San Vicente de Tagua Tagua, San Vicente de Tagua Tagua. (4) Médico General de Zona, CESFAM Victoria, Victoria.

Introducción: La hernia hiatal (HH) es la presencia de elementos de la cavidad abdominal que se desplazan a través del hiato esofágico del diafragma hacia el tórax. Se clasifica en 4 tipos según los hallazgos radiológicos, siendo el tipo I el más frecuente. La prevalencia en nuestro país es desconocida, sin embargo a nivel mundial se ha estimado cerca de 10-50%, por lo que es importante considerarlo como hallazgo radiográfico ante la evaluación de una radiografía de tórax y además conocer la clínica asociada al enfrentarse a un paciente

Presentación del caso: Paciente femenina de 76 años, con antecedente de enfermedad pulmonar intersticial, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia e hipotiroidismo. Consulta en Servicio de Urgencias de Alta Resolutividad por cuadro de 2 días de evolución compatible con neumonía, por lo cual se solicita radiografía de tórax donde se evidencia patrón intersticial pulmonar, hemidiafragma izquierdo elevado y una gran burbuja aérea bien delimitada de contenido gástrico muy por sobre hemidiafragma derecho (abarcando el 50% del campo pulmonar izquierdo) con desviación de tráquea hacia contralateral. Al realizar anamnesis dirigida de síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) paciente se encuentra asintomática. Se compara la imagen actual con imágenes previas de 2 años manteniéndose similares hallazgos imagenológicos.

Discusión y conclusiones: Las HH tipo I se asocian comúnmente a síntomas de ERGE como pirosis, regurgitación y disfagia, los cuales resultan del ascenso del contenido gástrico hacia el esófago. En contraste, las HH tipo II, III y IV, las cuales muestran hallazgos imagenológicos llamativos, cursan de forma asintomática o con manifestaciones clínicas inespecíficas. En este sentido, este caso refuerza el paradigma de que la medicina debe centrarse en el paciente más que en los hallazgos imagenológicos o de laboratorio, priorizando siempre la evaluación clínica integral y el contexto individual sobre los resultados aislados de los estudios complementarios.

Palabras clave: Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), Hernia hiatal, Radiografía.

HERNIA INGUINAL EN LACTANTES. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA:

Autores: Laurel Morra, Christian Tomás (1); Sánchez Muñoz, Francisca Alejandra (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Cesfam Marcos Macuada Ogalde, Ovalle. (2) Médico General de Zona, Cesfam Chañaral Alto, Monte Patria.

Introducción: El aumento del volumen escrotal en un lactante es sin duda una causa de preocupación familiar importante y demanda una evaluación precoz. La hernia inguinal en pediatría es una patología frecuente usualmente secundaria a la persistencia del conducto peritoneo-vaginal. Su pesquisa debe ser precoz ya que tienen un alto riesgo de estrangulación, especialmente en lactantes menores de un año, por lo que la demora en su derivación puede aumentar el riesgo de complicaciones.

Presentación del caso: Lactante masculino de 4 meses con hospitalización previa en neonatología por bajo peso, acude a su cuarto control de niño sano con enfermera, donde la madre refirió 2 semanas de evolución de aumento de volumen escrotal derecho progresivo, indoloro y sin cambios de coloración ni signos inflamatorios. Al examen físico se evidenció aumento de volumen no eritematoso, blando,indoloro, parcialmente reducible y con transiluminación negativa. Ante la sospecha clínica de hernia inguinal derecha se realizó derivación inmediata con alta prioridad al servicio de cirugía infantil del Hospital de Ovalle donde tras evaluación y ecografía testicular se confirmó el diagnóstico realizándose posteriormente una hernioplastia inguinal derecha electiva sin complicaciones dentro de 7 días desde la derivación.

Discusión y conclusiones: La hernia inguinal en lactantes debe enfrentarse de forma distinta a la de un adulto, por su mayor riesgo de complicaciones. Si bien un adulto puede plantearse una cirugía de forma diferida, en niños no se recomienda la observación, si no que se debe realizar derivación inmediata y resolución quirúrgica precoz. Este caso clínico evidencia como la evaluación clínica y la coordinación entre los distintos profesionales de salud que atienden niños pueden prevenir urgencias quirúrgicas más graves y disminuir la morbimortalidad infantil.

Palabras clave: Hernia inguinal, Lactante, Hernioplastía inguinal.

HERPES ZÓSTER TRIGEMINAL EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO: REPORTE DE CASO

Autores: Estrada Scheihing, Catalina (1); García Guzmán, Paula Valentina (2). García Muñoz, Isabella Antonia (3)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Belloto Sur, Quilpué, Valparaíso. (2) Interna de medicina, Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile, Santiago. (3) Interna de medicina, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile, Santiago.

Introducción: El herpes zóster corresponde a la reactivación del virus varicela zóster y se manifiesta como una erupción vesicular dolorosa de distribución dermatomérica, afectando principalmente dermatomas torácicos (56%) y, en menor frecuencia, territorios craneales (13%). El compromiso multidérmico del nervio trigémino es inusual y suele asociarse a inmunosupresión, lo que incrementa el riesgo de complicaciones graves. Su presentación puede simular patologías odontogénicas y neurológicas, retrasando el diagnóstico. El reconocimiento precoz es esencial para prevenir secuelas como neuralgia postherpética, queratitis, uveítis, retinitis o necrosis retiniana aguda, con riesgo de pérdida visual permanente. También puede desarrollarse meningoencefalitis, vasculopatía con accidente cerebrovascular, parálisis facial periférica o síndrome de Ramsay Hunt.

Presentación del caso: Masculino de 45 años con infección por virus inmunodeficiencia humana en tratamiento con antirretroviral, consultó por dolor punzante hemicraneana derecha de una semana de evolución, no gatillada, asociada a episodios transitorios de disartria, dificultad para la marcha y debilidad en extremidad superior izquierda. La evaluación neurológica inicial y neuroimagen no evidenciaron hallazgos agudos. Evoluciona a los 2 días con lesiones vesículopapulares dolorosas en región facial derecha, acompañadas de parestesia local, dolor retroocular, sin disminución de agudeza visual. Se objetivan vesículas agrupadas en distribución dermatomérica correspondiente a ramas V1 y V2 del nervio trigémino derecho, algunas con costra serohemática. Se observa edema periorbitario derecho sin hiperemia conjuntival ni secreción asociada. Se estableció diagnóstico de herpes zóster trigeminal en paciente inmunosuprimido, indicándose tratamiento aciclovir endovenoso, analgesia y hospitalización, evoluciona con buena respuesta clínica, sin secuelas.

Discusión y conclusiones: Este caso refuerza la necesidad de mantener un alto índice de sospecha frente a dolor orofacial y síntomas neurológicos en pacientes inmunodeprimidos, especialmente cuando las lesiones cutáneas se presentan de forma tardía, dificultando el diagnóstico inicial. Se destaca la importancia del enfoque multidisciplinario y de la instauración precoz de tratamiento antiviral endovenoso para prevenir complicaciones neurológicas y oftálmicas de alto impacto funcional. Este reporte aporta al conocimiento clínico al visibilizar una presentación infrecuente de herpes zóster trigeminal y subraya la relevancia del diagnóstico oportuno en población vulnerable.

Palabras clave: Herpes Zoster, Inmunocompromiso, Nervio trigémino

HIDATIDOSIS RECURRENTE CON QUISTE EN ARTERIA PULMONAR: REPORTE DE CASO:

Autores: Herrera Suárez Diego (1); Sanhueza Osses Andrea (2), Arriagada Paredes Natalia (2), Villanueva Stark Barbara (2).
Afiliaciones: (1) Médico EDF Servicio de Salud del Reloncaví, Hospital de Palena, comuna de Palena. (2) Interna de medicina 7mo año, Universidad San Sebastián, sede Patagonia, Puerto Montt.

Introducción: La hidatidosis en Chile es una enfermedad de notificación obligatoria desde 1951. Según el Ministerio de Salud (MINSAL), entre 2018 y 2022 se registraron 1772 casos, con predominio de infección hepática (60,7%), seguida por pulmonar (17,3%), otras equinococosis (8,7%) y afectación de órganos múltiples (6,8%). La Región de Los Lagos ha mostrado un aumento de casos, ubicándola como área de endemia media según la clasificación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se presenta caso clínico de hidatidosis a repetición, con diseminación a la arteria pulmonar.

Presentación del caso: Femenina de 37 años, oriunda de Pargua, con antecedentes de fibromialgia, quiste hidatídico hepático operado en 2018 y tromboembolismo pulmonar (TEP) en tratamiento anticoagulante desde 2022. Ese año consultó por fiebre y síntomas respiratorios; la tomografía computarizada (TAC) evidenció lesión quística en lóbulo superior derecho y nódulos pulmonares bilaterales, algunos cavitados. Por sospecha de quiste hidatídico pulmonar roto se realizó cirugía. En 2023 consultó por disnea y compromiso general; la TAC mostró neumonía multifocal y un quiste hidatídico en la arteria pulmonar. Se trató con antibióticos y albendazol ante la imposibilidad de resección completa. Desde entonces mantiene controles ambulatorios, imágenes con disminución del tamaño de los nódulos pulmonares y tres ciclos de albendazol completados. En 2025 acudió por disnea progresiva y hemoptisis, sin signos infecciosos ni alteraciones en exámenes de laboratorio. La TAC mostró lesión endoarterial estable; se descartó cirugía y se indicó un nuevo ciclo de albendazol. Se obtuvo consentimiento informado para la exposición del caso.

Discusión y conclusiones: La equinococosis quística es una zoonosis endémica en Chile, con prevalencia estable pese al Plan de Acción para el control de enfermedades infecciosas desatendidas 2016–2022 de la OPS. La hidatidosis endoarterial es una localización infrecuente, comprendida dentro del 6,8% de las otras localizaciones descritas. Su diagnóstico representa un reto, especialmente en pacientes sin factores de riesgo evidentes, en este caso, solo rural y clínica inespecífica. Debido a la extensión de las lesiones, mayor riesgo de diseminación y por ello limitación del manejo quirúrgico se optó por tratamiento médico prolongado con albendazol y seguimiento imagenológico seriado.

Palabras clave: Arteria Pulmonar, Equinococosis Quística, Hidatidosis Pulmonar, Quiste Hidatídico.

Hidrocefalia Normotensiva como Causa Reversible de Demencia en Atención Primaria

Autores: Ogueta Giménez Daniel (1); Araneda Lara Pablo (2) Bernard Ramírez Sebastián (3) Navarro Rivera Tomás (4)
Afiliaciones: (1) Médico EDF, Cesfam Paredones, Paredones (2) Médico EDF, Hospital de Chanco, Chanco (3) Médico EDF, Hospital de Los Lagos, Los Lagos (4) Médico EDF, Cesfam Tongoy, Tongoy

Introducción: La hidrocefalia normotensiva (HN) es una causa potencialmente reversible de demencia, cuya tríada clínica, o tríada de Hakim, incluye deterioro cognitivo, trastorno de la marcha e incontinencia urinaria (1). Su presentación puede asemejarse con cuadros neurodegenerativos como la enfermedad de Alzheimer o la demencia por cuerpos de Lewy, dificultando el diagnóstico en etapas precoces (2). El diagnóstico es fundamentalmente clínico-radiológico, donde la resonancia magnética puede mostrar dilatación ventricular desproporcionada al grado de atrofia cortical (3). En la evaluación clínica, hallazgos como la marcha imantada y la conservación parcial de funciones ejecutivas pueden sugerir el diagnóstico (1). La detección precoz es esencial, dado que la instalación de una derivación ventrículo-peritoneal puede mejorar los síntomas e incluso revertir el cuadro (4)

Presentación del caso: Paciente masculino de 65 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, cataratas y glaucoma, consulta por un cuadro progresivo de un año de evolución caracterizado por pérdida de memoria de corto plazo, desorientación temporo-espacial fluctuante, alucinaciones visuales y mareos. Hace cinco meses se suma incontinencia urinaria y fecal. Al examen físico destaca bradipsiquia, desorientación temporo-espacial, conservación de la inversión de series simples y marcha imantada. Se evalúa con test de Pfeffer (9 puntos) y Minimental abreviado (9 puntos), sugiriendo deterioro cognitivo severo. Ante la sospecha de una demencia rápidamente progresiva, se solicita una RMN de cerebro, evidenciando ventriculomegalia, atrofia cortical y signos de permeación periventricular, compatibles con hidrocefalia normotensiva (3).

Discusión y conclusiones: Este caso destaca la relevancia de incluir la hidrocefalia normotensiva en el diagnóstico diferencial de pacientes mayores con deterioro cognitivo rápidamente progresivo, sobre todo cuando se asocia a trastornos de la marcha e incontinencia. En atención primaria, reconocer signos clínicos como la marcha imantada o la fluctuación cognitiva puede guiar una derivación oportuna, permitiendo intervenciones potencialmente curativas. (1,4)

Palabras clave: Demencia; Hidrocéfalo Normotenso; Marcha

HIPERNATREMIA SEVERA Y DAÑO CEREBRAL IRREVERSIBLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Valenzuela Mora Claudia (1).; Alvarado Saavedra Javiera (2), Anelli López Catalina (2).
Afiliaciones: (1) Médico General, Hospital de Santa Bárbara, Santa Bárbara. (2) Médico General de Zona, Hospital de Santa Bárbara, Santa Bárbara.

Introducción: La hipernatremia es una alteración hidroelectrolítica debida principalmente a pérdidas aumentadas de agua o al aumento del aporte de sodio. En casos de hipernatremia severa estos pacientes presentan elevada mortalidad y/o riesgo de secuelas neurológicas significativas. Se presenta el siguiente caso clínico para reflejar la importancia de un reconocimiento precoz y evitar complicaciones que generan una alta morbilidad en los pacientes.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una paciente femenina de 82 años sin antecedentes mórbidos con historia de vómitos y diarrea abundantes de 5 días de evolución con compromiso progresivo del estado general y de conciencia. Fue encontrada en domicilio en status convulsivo y se trasladó al centro de salud más cercano donde se manejó con anticonvulsivantes e intubación orotraqueal para protección de vía aérea. Se derivó a un centro de mayor complejidad y se solicitaron exámenes de laboratorio donde destacó una hipernatremia de 181(mEq/L) y falla renal aguda asociada. En la tomografía computarizada (TC) de cerebro no se mostró alguna alteración estructural aguda y se hospitalizó para manejo neurointensivo. Se manejó estatus convulsivo bajo triple sedación con disminución progresiva hasta ser suspendida, recuperando lentamente el nivel de conciencia con marcado compromiso muscular axial y trastorno deglutorio. Se normalizaron las alteraciones hidroelectrolíticas siendo corregidas paulatinamente con recuperación de la función renal. Por lenta mejoría de paciente se tomó una nueva TC de cerebro que reveló un infarto en territorio de arteria cerebral anterior lo que explicó el lento avance. Continuó rehabilitación multidisciplinaria y prevención secundaria de accidente cerebrovascular quedando con una secuela funcional y cognitiva importante al momento del alta.

Discusión y conclusiones: La hipernatremia severa es una emergencia médica de alta mortalidad, sobre todo en pacientes de riesgo como lo son los adultos mayores. Su reconocimiento temprano y tratamiento adecuado son fundamentales para evitar complicaciones neurológicas irreversibles que generen alta tasa de morbilidad en estos pacientes.

Palabras clave: Accidente Cerebrovascular, Deshidratación, Hipernatremia

HIPERSENSIBILIDAD A ATORVASTATINA: UN CASO DE HEPATOTOXICIDAD EN PACIENTE GERIATRICO.

Autores: Saavedra León Ariel (1); Marinao Mayorga Camila (1), Pérez Duran Braulio (1), Stuardo Orellana Ignacio (1)
Afiliaciones: (1) Médico general de zona, CESFAM de Cartagena, Cartagena, Región de Valparaíso.

Introducción: La hipercolesterolemia es un factor de riesgo importante para las enfermedades cardiovasculares. La administración de estatinas es fundamental para la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, con una seguridad y eficacia demostradas a largo plazo. La intolerancia a las estatinas es señalada como una limitante para el uso de estas drogas, citada como la principal causa de discontinuación del tratamiento (más del 60% de los casos) con el consecuente aumento de la morbimortalidad cardiovascular.

Presentación del caso: Previo consentimiento informado. Adulto de 65 años con antecedente de hipertensión arterial, consultó en policlínico de morbilidad para revisión de exámenes destacando creatininemia de 0.91, VFG 65.94, Colesterol total 222, Triglicéridos 286, colesterol LDL 125, motivo por el cual inició atorvastatina en baja dosis (20 mg). Una semana después, asistió a urgencias por prurito generalizado de una semana de evolución con mayor intensidad en las noches, asociado a náuseas e ictericia. Sin otra sintomatología de importancia. Coincidió con uso de atorvastatina la cual administró por tres días. En este contexto, se decidió la suspensión de medicamentos y control con exámenes. En control, luego de un mes destacó INR 0.94, Colesterol total 186, Triglicéridos 162, LDL 122, bilirrubina total 0.8, GOT 130, GPT 234, GGT 170, leucocitos 6.2, Hemoglobina 12.9, plaquetas 224. Al mejorar niveles de colesterol y triglicéridos gracias a estilo de vida saludable, pero con marcado aumento de transaminasas, se sospechó hepatotoxicidad secundaria al uso de estatinas.

Discusión y conclusiones: Las dislipidemias son de las patologías más frecuentes en atención primaria, con consecuencias potencialmente fatales, pero también con estrategias farmacológicas altamente costo efectivas como el uso de estatinas. Sin embargo, la intolerancia a estatinas puede obstaculizar el tratamiento, afectando el adecuado seguimiento y manejo. Las opciones terapéuticas en casos de intolerancia a las estatinas incluyen reducción de la dosis de estatina, dosis intermitentes, cambio a una estatina diferente y combinaciones con otros fármacos hipolipemiantes, como ezetimiba, inhibidores de proproteína convertasa subtilisina-kexina tipo 9, ácido bempedoico y angiopoyetina similar 3 inhibidores, así como nutracéuticos. Si la dosis más baja de estatinas es intolerable, se recomienda un régimen sin estatinas para reducir los niveles de colesterol LDL.

Palabras clave: Atorvastatin, Hepatic Insufficiency, Hypersensitivity.

HOMEOSTASIS ROTA, MENTE FRAGMENTADA: TRASTORNO DELIRANTE CRÓNICO SECUNDARIO A HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

Autores: Donoso Briceño Viviana (1); Fica Alarcón Leonardo (1), Urbina Núñez Nicole (2), González Vargas Felipe (3)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Quellón, Quellón, Chiloé. (2) Médico General de Zona, Hospital de Contulmo, Contulmo, Arauco. (3) Médico General de Zona, DESAM Curacautín, Curacautín, Malleco.

Introducción: El hiperparatiroidismo primario (HPTP) es una patología endocrinológica frecuente, caracterizada por hipercalcemia y un nivel elevado de hormona paratiroidea (PTH). La sintomatología clásica incluye osteoporosis, nefrolitiasis, poliuria, polidipsia y dolor abdominal. Dentro de su espectro clínico se describe la sintomatología psiquiátrica como cuadros ansiosos y depresivos, sin embargo, la manifestación como trastorno delirante crónico (TDC) es inusual.

Presentación del caso: Paciente masculino de 63 años, sin antecedentes mórbidos, presenta cuadro de 3 años de evolución, caracterizado por delirios de contenido celotípico y persecutorio, sistematizado, con pérdida de funcionalidad y riesgo de heteroagresión a familiares, agregándose en los últimos 3 meses sintomatología depresiva, por lo que se decide hospitalización. En el estudio de organicidad destaca calcio 12 mg/dl, fósforo 2.2 mg/dl, PTH 120.8 pg/ml, vitamina D3 23.5 ng/ml. Se realiza una resonancia magnética de cerebro que muestra una secuela cortical frontal izquierda de origen posiblemente isquémico, sin relación con sintomatología. Asimismo, se descartaron patologías infecciosas, carenciales y encefalopatía hepática. Se interpreta el cuadro como secundario a HPTP y se planifica resolución quirúrgica.

Discusión y conclusiones: El HPTP se asocia con una variedad de manifestaciones neuropsiquiátricas, incluyendo alteraciones del estado de ánimo, ansiedad, deterioro cognitivo y, en casos menos frecuentes, síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones. Si bien el TDC no es frecuentemente descrito, clínicamente es relevante ya que incluso una hipercalcemia leve puede desencadenar síntomas psicóticos graves. El mecanismo fisiopatológico no está completamente esclarecido, pero se postula que la hipercalcemia y el exceso de PTH pueden alterar la neurotransmisión cerebral y la función neuronal, contribuyendo a la aparición de síntomas psiquiátricos. El presente caso amplía los diagnósticos diferenciales del síndrome delirante, otorgando un componente orgánico que, de ser corregido, pudiese mejorar la sintomatología.

Palabras clave: Hiperparatiroidismo, Trastornos psicóticos, Hipercalcemia

IBRUTINIB: UNA ALTERNATIVA INNOVADORA EN EL MANEJO

Autores: Miranda Miranda Bayron Felipe (1); Hernández Stoma Javiera (1), Hernández Cisterna Cristian (1), Rivera Martínez Rodrigo (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, SSMS, CESFAM Padre Pierre Dubois, Pedro Aguirre Cerda. (2) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Introducción: La leucemia linfoide crónica (LLC) es la leucemia más frecuente en adultos en países occidentales, caracterizada por la proliferación clonal de linfocitos B maduros con función inmunológica alterada. Su curso clínico es heterogéneo, variando desde formas indolentes hasta enfermedad sintomática con citopenias, linfadenopatías y complicaciones autoinmunes [1]. El estudio diagnóstico inicia con un hemograma y se establece mediante citometría de flujo, identificando un fenotipo característico [2]. Tradicionalmente, la quimio-inmunoterapia fue el tratamiento estándar; sin embargo, el desarrollo de terapias dirigidas, como los inhibidores de la tirosina quinasa de Bruton (BTK), ha revolucionado el manejo, mejorando la supervivencia incluso en pacientes con enfermedad refractaria [3].

Presentación del caso: Se presenta el caso un hombre de 67 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia, hipotiroidismo y leucemia linfoide crónica (LLC) diagnosticada en 2017. Luego del diagnóstico de LLC, se inicia manejo con quimioterapia en 5 ciclos, logrando remisión inicial. Pese a lo cual presenta recidiva de esta neoplasia, diagnosticada en 2021. En este contexto, se indica nuevo tratamiento con quimioterapia, completando 3 ciclos, sin lograr respuesta clínica satisfactoria. Posteriormente, se propone tratamiento experimental con fármacos inhibidores de la tirosina quinasa, iniciando manejo con Ibrutinib. Luego del inicio del tratamiento progresa con pronta mejoría sintomática. Sin embargo, en los primeros meses de seguimiento no se logra una normalización de los parámetros hematológicos. Además, no presenta desarrollo de reacciones adversas mayores.

Discusión y conclusiones: Este caso ilustra el cambio paradigmático hacia la medicina personalizada en LLC, donde el uso de ibrutinib es especialmente relevante en recaídas y refractariedad. La persistencia de la linfocitosis tras iniciar BTK-inhibidores es conocida y no necesariamente indica fracaso terapéutico, siendo clave evaluar la mejoría clínica y radiológica. La ausencia de toxicidad significativa en un paciente con comorbilidades cardiovasculares como este caso no debe hacer olvidar la importancia de un monitoreo cuidadoso y manejo individualizado, pues corresponde a su mayor limitación. A pesar de no contar con datos genéticos específicos, lo que limita la estratificación pronóstica detallada, la indicación de ibrutinib se justifica en base a la refractariedad clínica y evidencia de eficacia en estos escenarios [4].

Palabras clave: Leucemia Linfoide, Inhibidor de la Tirosina Quinasa, Ibrutinib

ICTIOSIS ARLEQUIN EN UN RECIÉN NACIDO:

Autores: San Martín Aravena Camila (1).; Arrigo Alegría Lucas (1), Arias Muñoz Fernando (2).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de salud familiar Michell Chandia Alarcón, Coihueco, Región Ñuble. (2) Médico General de Zona, Centro de salud familiar Trehuaco, Trehuaco, Región Ñuble.

Introducción: La ictiosis arlequín (IA) es el fenotipo más grave de las ictiosis congénitas autosómicas recesivas, causada por las mutaciones en el casete ABCA12, esta conduce a la interrupción del trasporte de lípidos de gránulos laminares en queratinocitos de la epidermis superior, comprometiendo así el proceso de queratinización. Su prevalencia es de aproximadamente 1 de cada 300.000 recién nacidos, sin existir asociación significativa con la raza ni género. Los neonatos nacen con escamas hiperqueratósicas plaquetarias separadas por fisuras eritematosas, asociado a ectropión severo, eclabium y orejas displásicas. Actualmente la técnica estándar para la confirmación diagnostica es la secuenciación de próxima generación. Siendo fundamental el reconocimiento precoz para su manejo oportuno.

Presentación del caso: Recién nacido masculino de 37 semanas por parto de término vaginal espontaneo, APGAR 9-10, padres sanos, se hospitalizó en neonatología desde el nacimiento por placas hiperqueratósicas eritematosas y edema en tronco, extremidades y cara, y ectropión, se sospechó IA. Dermatología indicó mantener en incubadora, con humidificación entre 50-70%, humectación con vaselina estéril y guantes sin látex, se reevaluó en una semana donde se asoció isotretinoina, se retiró manejo estéril y se sustituyó humectación con vaselina por crema hipoalergénica. Paciente evolucionó de manera adecuada, se mantuvo únicamente descamación en región ciliar y cuero cabelludo, por lo que se decidió alta médica para continuar manejo de forma ambulatoria con especialidad. Se firmó consentimiento informado por tutora legal.

Discusión y conclusiones: La IA es un trastorno raro dermatológico, que puede resultar mortal en recién nacidos. Su diagnóstico es clínico con un fenotipo característico, sin embargo, su importancia radica en el manejo inmediato en la unidad de cuidados intensivos neonatales, acompañado del tratamiento precoz con retinoides sistémicos, los que han demostrado aumentar la sobrevida de estos pacientes. Por lo que el abordaje multidisciplinario precoz de estos casos resulta esencial para una adecuada sobrevida y prevención de complicaciones a corto y largo plazo.

Palabras clave: Hiperqueratosis, Ictiosis, Tratamiento.

ILEOCOLITIS INFECCIOSA PEDIÁTRICA, DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y ABORDAJE CLÍNICO EN UN CASO HOSPITALARIO: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Rodríguez Alpaca, Pablo Marcelo (1).; Aguayo Salazar, María Ignacia (1), Marín Cáceres, Francisca del Pilar (1).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Ercilla, Ercilla, Araucanía.

Introducción: La ileocolitis corresponde a la inflamación del íleon terminal y colon proximal. En niños, suele manifestarse con diarrea, dolor abdominal y fiebre, pudiendo simular cuadros de abdomen agudo. Es poco frecuente, generalmente benigna, y diferente a la del adulto, con baja asociación a enfermedad inflamatoria intestinal (EII), presentando múltiples diagnósticos diferenciales como infecciones, vasculitis, isquemia y fármacos, lo que complica su interpretación. El valor de la ecografía abdominal, que permite identificar engrosamiento mural y adenopatías, orientando al diagnóstico y evitando cirugías innecesarias.

Presentación del caso: Paciente masculino de 3 años, sano, vacunación completa, acude a consultorio (2 veces) por cuadro de diarrea líquida abundante de cuatro días, inicialmente con fiebre de 39°C y dolor abdominal difuso, sin vómitos ni sangre en deposiciones. Presentó hasta 20 episodios diarios. Al examen físico sin hallazgos de signos de irritación peritoneal ni deshidratación severa. Por persistencia del cuadro se deriva a urgencia pediátrica de centro derivador. Se realizaron parámetros inflamatorios, los cuales revelaron proteína C reactiva (PCR) 260 mg/L, leucocitosis de 16.800/mm³ con neutrofilia, orina sin signos inflamatorios y radiografía toráxica normal. Ante la persistencia del dolor y la elevación inflamatoria, se realizó ecotomografía abdominal, documentándose hallazgos sugerentes de ileocolitis infecciosa. Se hospitalizo, recibió manejo sintomático y a las 48 horas, los parámetros inflamatorios descendieron (PCR 183 mg/L). Coprocultivo, estudio viral y directo para Campylobacter resultaron negativos. Evolucionó con buena tolerancia oral y mejoría del dolor. Fue dado de alta tras cinco días, con indicaciones dietéticas, probióticos y control ambulatorio.

Discusión y conclusiones: El diagnóstico de ileocolitis pediátrica es complejo por síntomas inespecíficos, superposición con apendicitis e invaginación, y baja tasa de aislamiento microbiológico. A diferencia de adultos, la asociación con EII es menor. La ecografía es herramienta clave, aunque sus hallazgos no definen etiología. En este caso, la evolución autolimitada, ausencia de sangrado y recuperación progresiva apoyan un origen infeccioso. El manejo conservador, hidratación y vigilancia resultaron adecuados, reforzando que la mayoría de estos cuadros se resuelven sin complicaciones. En entornos donde no siempre existen las herramientas imagenológicas para su diagnóstico, es donde mayor relevancia toman los recursos clínicos y de laboratorio para enfrentar estas patologías más infrecuentes.

Palabras clave: Dolor Abdominal, Ecografía, Ileítis.

IMPORTANCIA BUEN EXAMEN FÍSICO PARA DETECCIÓN DE ENFERMEDADES CON MANIFESTACIÓN CUTÁNEA COMO NEUROFIBROMATOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Schulten Solimano Katia (1); Mellado Riquelme Carol (1), Bezama Gattas Felipe (2), do Valle Monken Luiza (1)

Afiliaciones: (1) Médico Etapa de Destinación y Formación, Cesfam Dr. Juan Cartes Arias, Lota, Concepción. (2) Médico en Estapa de Destinacion y Formación, Cesfam Sergio Lagos, Lota, Concepción.

Introducción: La Neurofibromatosis (NF) corresponde a un grupo de trastornos genéticos caracterizados por el crecimiento de tumores en el sistema nervioso. Entre sus tipos, la Neurofibromatosis tipo 1 (NF1) es la forma más frecuente y suele manifestarse en la infancia, principalmente a través de hallazgos cutáneos como las manchas café con leche. El reconocimiento temprano de estas lesiones es fundamental para un diagnóstico oportuno y la prevención de complicaciones neurológicas o sistémicas. El presente caso clínico tiene como objetivo destacar la relevancia del examen físico completo en la identificación precoz de esta enfermedad dentro del contexto de la atención pediátrica.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino, de 9 años de edad, con antecedentes de asma bronquial, constipación crónica y cefalea persistente. Fue derivada desde Atención Primaria al servicio de Pediatría por sospecha de pubertad precoz, debido a la presencia de adrenarquia a los cinco años, con progresión de signos clínicos. Durante los controles con especialista, madre manifestó preocupación por la persistencia de cefalea crónica, que no respondió a las medidas terapéuticas iniciales, motivo por el cual se indicó evaluación por Neurología. En la primera consulta neurológica, durante el examen físico, se observaron aproximadamente diez manchas café con leche distribuidas en la espalda y región axilar derecha, además de un neurofibroma en la región supraumbilical y otro en la comisura labial izquierda. Ante estos hallazgos cutáneos, se derivó a Dermatología por sospecha de NF1. Dentro de los exámenes complementarios solicitados, el electroencefalograma evidenció actividad epileptiforme interictal temporal media izquierda. No se documentaron alteraciones relevantes en otros estudios de laboratorio o de imagen. El conjunto de hallazgos clínicos permitió establecer el diagnóstico de NF1, destacando la importancia del examen físico exhaustivo en el proceso diagnóstico.

Discusión y conclusiones: La NF es una condición con manifestación principalmente cutánea. En el caso presentado, debido a la falta de un examen físico completo, no se detectaron estas lesiones, que se encontraban presentes desde temprana edad, a pesar de haber tenido múltiples atenciones en Atención Primaria e incluso con especialista. Finalmente, fue durante la evaluación Neurológica por una causa distinta, donde se realizó la detección de la enfermedad.

Palabras clave: Diagnóstico precoz, Examen Físico, Neurofibromatosis

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Lindh Salinas, Marcelo Sebastián (1); Fuentes Estrada, Benjamín Antonio (1). Gallardo Guardiola, Andrea Inés (2). Larrondo Barrera, Javiera Beatriz (3)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Huertos Familiares, Tiltil, Santiago. (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. José Bauzá Frau, Lampa, Santiago. (3) Médico General de Zona, CESFAM Pdte. Salvador Allende Gossens, Quilicura, Santiago.

Introducción: El Cáncer Colorrectal (CCR) constituye un problema de salud pública global. Es el tercer tumor maligno más frecuente y representa la segunda causa más común de muerte relacionada con cáncer a nivel mundial. La localización más frecuente es a nivel del recto y sigmoides. Histológicamente, la mayoría son adenocarcinomas (95%). El estadio en el que se detecta el cáncer determina el pronóstico, la supervivencia y el tratamiento del paciente.

Presentación del caso: Masculino de 57 años, diabético tipo 2, acude a evaluación médica en atención primaria, por sintomatología de dolor abdominal inespecífico de 3 meses de evolución, asociado a cambios en el hábito intestinal, alternando entre diarrea y constipación, y en la forma de sus deposiciones. Se solicitó estudio colonoscópico que evidenció una masa exofítica estenosante del sigmoides distal. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma de colon sigmoides. Fue activada la red de gestión oncológica del Servicio de Salud Metropolitano Norte, y continuó su tratamiento en el Instituto Nacional del Cáncer.

Discusión y conclusiones: En Chile, según la evidencia, el CCR tiene una Tasa Ajustada de Incidencia (TAI) de 20.3/100,000 habitantes, siendo el tercer cáncer con mayor incidencia en ambos sexos. La localización más frecuente es a nivel del recto (45%) y sigmoides (25%), la mayoría adenocarcinomas (95%). Dentro de los factores de riesgo, la edad es el más influyente, teniendo mayor incidencia entre los 65 y 80 años, sin embargo, en el último tiempo se ha visto un aumento de los casos en menores de 60 años, lo cual podría ser atribuible al mayor consumo de alimentos procesados. La clínica dependerá de la localización del tumor, lo más frecuente son los cambios en el hábito intestinal, hematoquecia y anemia ferropénica refractaria. El cambio en el hábito intestinal es una manifestación bastante sutil y poco preguntada en la anamnesis, siendo presentada en un gran número de casos. El método de estudio de elección es la colonoscopía, la cual permitirá realizar el diagnóstico mediante biopsia. En conclusión, una completa anamnesis y un alto índice de sospecha clínica son fundamentales para hacer un diagnóstico precoz, lo cual mejora el pronóstico y supervivencia.

Palabras clave: Cáncer Colorrectal, Colonoscopia, Diagnóstico Precoz.

IMPORTANCIA DEL ENFRENTAMIENTO MULTIMODAL TEMPRANO DEL DOLOR POR MIEMBRO FANTASMA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Palma Guzmán Gonzalo (1); Dupré Jacome Anita (1); Cerda Guzmán, Noemí María (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Mulchén, Mulchén. (2) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.

Introducción: El dolor del miembro fantasma (PLP, por sus siglas en inglés) es una condición que afecta del 40% al 80% de las personas amputadas. Su etiología sigue siendo desconocida. Las más postuladas se basan en la reorganización de la red neuronal. Los tratamientos farmacológicos más comúnmente administrados para el PLP son la gabapentina y la pregabalina, que reducen la frecuencia e intensidad del dolor neuropático. La modulación visual y la activación muscular son clave en terapias que han demostrado eficacia. Se presenta el caso de una paciente que consulta en servicio de urgencias por dolor de miembro amputado.

Presentación del caso: Paciente de 48 años con antecedente de diabetes mellitus en tratamiento con insulina, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica en hemodiálisis, retinopatía diabética y amputación infracondílea derecha. Acudió a servicio de urgencias dos meses posterior a amputación de extremidad inferior por cuadro de 4 días de dolor en dicho miembro que no cedió con analgésicos autoadministrados. Al examen físico muñón derecho sin evidencia de lesiones agudas. Se manejó con AINE endovenoso asociado a benzodiacepina, con buena respuesta. Al alta se indicó gabapentina para manejo del dolor de forma transitoria hasta control con cirujano vascular. Sin embargo, vuelve a consultar en dos ocasiones por mismo cuadro en el plazo de un mes. A los dos meses consultó con médico de APS, el cual indicó pregabalina de forma permanente.

Discusión y conclusiones: El PLP es un desafío clínico por su prevalencia y complejidad etiológica, sobretodo en pacientes con múltiples comorbilidades crónicas. En pacientes con neuropatía periférica preexistente, como es común en la diabetes avanzada, el componente del Sistema Nervioso Periférico cobra una relevancia particular. El fracaso terapéutico de la gabapentina indicada sugiere que la monoterapia o la dosis inicial fueron insuficientes para modular este síndrome complejo. Esto resalta la necesidad de integrar precozmente terapias no farmacológicas. La instauración precoz de un enfoque terapéutico multimodal e interdisciplinario es mandatoria en aquellos pacientes que presentan un perfil de alto riesgo, lo que a su vez exige imperativamente la ampliación de las prestaciones y recursos en el nivel de Atención Primaria de Salud para el manejo integral del dolor crónico neuropático.

Palabras clave: Dolor de miembro fantasma; Terapia multimodal; Dolor neuropático

INCIDENTALOMA TIROIDEO EN EL ESTUDIO DE UNA CERVICOBRAQUIALGIA: A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Costa Caamaño, Sally (1).; Miguieles Schilling, Mariana (1).
Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, CESFAM Alerce, Alerce, Puerto Montt.

Introducción: Un incidentaloma tiroideo se define como una lesión nodular tiroidea no sospechada, inicialmente descubierta a través de un estudio radiológico en un paciente asintomático. Se vuelve relevante en la actualidad dado el uso cada vez más frecuente de estudio de imágenes, la alta prevalencia de nódulos tiroideos en la población general y la posibilidad de encontrar una etiología maligna. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de incidentaloma tiroideo identificado en el contexto de cervicalgia, destacando la relevancia de este síntoma persistente como posible manifestación infrecuente de patología tiroidea.

Presentación del caso: Paciente femenina de 41 años con antecedente de dislipidemia y trastorno ansioso-depresivo, consultó en servicio de urgencias por cuadro de 3 días de evolución de cervicalgia con irradiación a zona pectoral y extremidad superior izquierda (ESI) tipo opresivo con intensidad hasta 6/10 en escala visual análoga, asociado a parestesias. Al examen físico se describió sin aumentos de volumen cervical ni lesiones en la piel, rango articular limitado a la extensión de ESI con dolor a la palpación de musculatura paracervical izquierda y tercio superior pectoral izquierdo, sin alteración sensorial. Se indicó manejo sintomático. En contexto de persistencia de síntomas, consultó en extrasistema donde se solicitó ecografía cervical, la cual informó nódulo tiroideo izquierdo sólido hipoecogénico ovalado bien delimitado vascularizado de 9x8x13 mm, TIRADS 4. Posteriormente se realizó punción aspiración con aguja fina con biopsia que informó atipias (arquitecturales) de significado indeterminado (categoría III del sistema de Bethesda). Al momento de revisar resultados de exámenes se firmó consentimiento informado para presentar su caso.

Discusión y conclusiones: Aunque la mayoría de los nódulos tiroideos son asintomáticos, según la literatura en casos raros pueden asociarse con dolor cervical persistente. Algunas causas descritas incluyen tiroiditis subaguda, hemorragias intranodulares y Tiroiditis de Hashimoto. La presencia de cervicalgia en pacientes con nódulos incidentales debe alertar al clínico sobre la posible relación tiroidea, evitando atribuir el dolor únicamente a causas musculoesqueléticas. El incidentaloma tiroideo puede asociarse de manera infrecuente con cervicalgia persistente. La evaluación integral y el seguimiento sistemático permiten identificar hallazgos clínicamente relevantes, garantizando un manejo informado y multidisciplinario de los pacientes con nódulos tiroideos incidentales.

Palabras clave: Cervicalgia, Incidentaloma, Nódulo tiroideo

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST, COMPLICADO CON CETOACIDOSIS DIABÉTICA Y EDEMA PULMONAR AGUDO, REPORTE DE CASO:

Autores: Maureira Bahamondes Camila (1); Álvarez Vidal Catherine (2) Torres Rodríguez Ricardo (2) Palacios Pawahton Valentina (2)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Comunitario Florencio Vargas Díaz, Diego de Almagro, Región de Atacama (2) Médico General de Zona, CESFAM Alhué, Alhué, Región Metropolitana

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial, dentro de ellas tenemos al infarto agudo al miocardio la cual es una emergencia frecuente, potencialmente fatal, por lo que requiere de un diagnóstico y tratamiento oportuno, además debemos estar atentos a entidades que pueden coexistir y empeorar el pronóstico. PRESENTACI ÓN DEL CASO Masculino de 59 años, obeso, tabaquico, sin otros antecedentes conocidos. Consulta en hospital de baja complejidad por dolor torácico opresivo de 10 minutos de evolución, acompañado de sudoración, sin irradiación niega otros síntomas. Al ingreso hipertenso, normocárdico con saturación de oxígeno 100% ambiental, destaca hemoglucotest en 360 mg/dl. Examen físico no evidencia alteraciones. Electrocardiograma: ritmo sinusal, infradesnivel del segmento ST en DII y supradesnivel del ST en V2, compatible con síndrome coronario agudo con elevación del ST en territorio anterior. Se inicia manejo con dosis de carga de atorvastatina 80 mg, aspirina 300 mg y clopidogrel 300 mg por vía oral. Se administra fentanilo intravenoso para manejo del dolor. Posteriormente, el paciente presenta aumento del dolor torácico y disnea progresiva. En control de signos vitales se evidencia persistencia de hipertensión arterial y caída de saturación a 80%, por lo cual se instala máscara con reservorio, finalmente continúa con deterioro respiratorio agudo realizandose intubación orotraqueal bajo secuencia de intubación rápida, con buena respuesta; siendo derivado al hospital regional para manejo avanzado. En el centro de referencia se confirma el diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del ST, complicado con cetoacidosis diabética y edema agudo de pulmón secundario a falla cardíaca izquierda, requiriendo de soporte ventilatorio e ingreso a unidad de cuidados intensivos para manejo integral.

Discusión y conclusiones: El caso corresponde a un síndrome coronario agudo extenso en un paciente con múltiples factores de riesgo, cuyo cuadro se agrava por descompensación metabólica e insuficiencia respiratoria aguda, la coexistencia de estos cuadros incrementa considerablemente la mortalidad , haciendo imprescindible una sospecha clínica temprana y una intervención oportuna. En el contexto epidemiológico actual donde las enfermedades crónicas y sus descompensaciones son cada vez más prevalentes, se vuelve prioritario que como equipo de salud fortalezcamos la capacidad de diagnóstico precoz y oportuno, debemos actuar con un enfoque intensivo, coordinado y multidisciplinario para optimizar el pronóstico y la sobrevida.

Palabras clave: Cetoacidosis diabética, Edema pulmonar agudo, Infarto agudo al miocardio

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO CON SUPRADESNIVEL DEL ST EN PACIENTE JOVEN CON SÍNDROME DE DOWN Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Autores: Contreras Brandt Francisco (1); Meza Chevecich Claudia (1), Rojas Cayo Luis (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Pitrufquén, Pitrufquén

Introducción: El infarto agudo al miocardio con supradesnivel del ST (IAMCEST) es extremadamente infrecuente en adultos jóvenes, especialmente en pacientes con síndrome de Down (SD). Esta población ha sido descrita con menor riesgo de enfermedad coronaria ateroesclerótica. La coexistencia con enfermedades inflamatorias autoinmunes como la artritis reumatoide (AR) y factores proinflamatorios puede modificar este riesgo. Se presenta un caso clínico de IAMCEST en una paciente joven con Síndrome de Down y Artritis Reumatoide severa, sin factores de riesgo cardiovascular tradicionales.

Presentación del caso: Paciente femenina de 24 años, con antecedentes de síndrome de Down, artritis reumatoide severa en tratamiento con metotrexato y prednisona, ductus arterioso persistente corregido, consulta por dolor torácico y mandibular de una hora de evolución iniciado en contexto de reposo. Al examen físico: paciente en buen estado general, con soplo sistólico pulmonar leve y sin signos de descompensación hemodinámica inicial. El primer electrocardiograma (ECG) evidenció supradesnivel de ST en V1 a V6 y DI, con infradesnivel en DIII, compatible con IAMCEST anterior extenso. Se administra trombólisis con tenecteplase y esquema antiplaquetario (Acido acetilsalicilico, clopidogrel, atorvastatina y enoxaparina). Se inicia infusión de nitroglicerina, para manejo del dolor. Troponina T inicial: 1069 ng/L. La paciente fue derivada a centro con hemodinamia, sin lograr revascularización por agitación psicomotora

Discusión y conclusiones: Este caso representa una rara pero relevante manifestación de IAM en una paciente joven con SD y enfermedad inflamatoria crónica. La interacción de mecanismos autoinmunes, inflamación persistente y uso crónico de corticoides puede haber contribuido al evento coronario. La presentación atípica, las barreras comunicacionales y las dificultades para manejo invasivo destacan la necesidad de estrategias de abordaje específicas para este subgrupo de pacientes. La trombólisis oportuna se convierte en una herramienta crítica ante la imposibilidad de realizar angioplastia

Palabras clave: Infarto del Miocardio, Síndrome de Down, Artritis, Terapia Trombolítica

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO SÉPTICO SECUNDARIO A ENDOCARDITIS INFECCIOSA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO: REPORTE DE UN CASO

Autores: Ulloa Labrin Jorge.; Morales Bustamante Nicole.
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Dr, Carlos Diaz Gidi, San Javier. (2) Alumno Medicina, Universidad Católica del maule, Talca.

Introducción: El infarto agudo al miocardio (IAM) de origen séptico es una complicación poco frecuente pero potencialmente fatal de la endocarditis infecciosa (EI), resultado de fenómenos embólicos coronarios o extensión perivalvular de la infección (1). En pacientes con prótesis valvulares, la presentación puede ser atípica y su diagnóstico complejo, dado que los síntomas isquémicos se superponen con los de la sepsis y el compromiso hemodinámico (2). El reconocimiento temprano de esta entidad permite orientar una estrategia terapéutica combinada —antibiótica, quirúrgica y de soporte— que mejora la supervivencia.

Presentación del caso: Paciente masculino de 54 años, con antecedente de reemplazo valvular aórtico biológico por estenosis severa e insuficiencia aórtica moderada (enero 2025). Consultó el 02/04 por dolor torácico opresivo con cambios electrocardiográficos compatibles con IAM anteroseptal con elevación del ST. Se inició doble antiagregación, estatinas y nitratos. La coronariografía mostró trombosis en la ADA distal (TIMI 0-1), realizándose angioplastía con balón. La angioTAC descartó síndrome aórtico agudo y evidenció infartos renales y esplénico, orientando a embolismo séptico. Ecocardiograma y ETE revelaron vegetación protésica de 23×9 mm y absceso mitroaórtico, confirmándose endocarditis infecciosa protésica complicada con infarto séptico coronario. Se inició antibioticoterapia dirigida (vancomicina + gentamicina; luego cefepime) y posterior recambio valvular por prótesis mecánica. Evolucionó con hemotórax derecho secundario y necesidad de videotoracoscopía evacuadora. Finalmente, presentó recuperación hemodinámica, ventilatoria y renal, con marcadores inflamatorios en descenso. Se obtuvo consentimiento informado para el uso de datos clínicos de forma anónima, cumpliendo los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

Discusión y conclusiones: El caso destaca la asociación infrecuente entre endocarditis infecciosa protésica e infarto séptico coronario, subrayando la necesidad de sospechar esta etiología en IAM sin aterosclerosis significativa o con fenómenos embólicos simultáneos (3). Las controversias actuales incluyen la elección del momento quirúrgico óptimo y el uso de anticoagulación en presencia de vegetaciones (4). La integración temprana de equipos de cardiología, cirugía cardiaca e infectología fue determinante para la evolución favorable. Se recomienda reforzar la vigilancia de pacientes con válvulas protésicas y fiebre, priorizando estudios de imagen multimodal y tratamiento antibiótico precoz.

Palabras clave: Endocarditis infecciosa; Infarto del miocardio; Prótesis valvular cardíaca

INFECCIÓN POR HERPES ZOSTER EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Arias Muñoz Fernando (1); Arrigo Alegría Lucas (2), San Martín Aravena Camila (2).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de salud familiar Trehuaco, Trehuaco, Región Ñuble. (2) Médico General de Zona, Centro de salud familiar Michell Chandia Alarcón, Coihueco, Región Ñuble.

Introducción: El Herpes Zóster (HZ) es una reactivación del virus varicela-zóster (VVZ), frecuente en adultos, especialmente mayores de 50 años e inmunosuprimidos. Se presenta típicamente con dolor neuropático, exantema vesicular con distribución dermatomérica, cefalea, malestar general y fiebre. Incidencia en Chile es 19,7/10.000 personas, con un aumento progresivo según edad. Las complicaciones neurológicas pueden afectar el sistema nervioso central y periférico, suelen presentarse junto al exantema, pueden aparecer antes o incluso sin lesiones cutáneas. La inmunosupresión (IS) se asocia a mayor riesgo de estas complicaciones, tanto en casos con herpes zóster evidente como en aquellos sin manifestaciones dermatológicas.

Presentación del caso: Masculino, 58 años, antecedentes de esclerosis múltiple primaria progresiva (en tratamiento con ocrelizumab), hipertensión, diabetes tipo 2 e hipertrigliceridemia, consulta por lesiones papulares dolorosas y pruriginosas en región parietal y facial izquierda. Inicialmente diagnosticado como alergia y tratado con corticosteroides tópicos sin mejoría. Cinco días después acude a urgencias por persistencia de cuadro asociado a cefalea holocraneana y náuseas. Al examen: taquicardia, lesiones vesiculares con costras en dermatoma V1 izquierdo, ojo rojo superficial, edema palpebral y periocular, sin focalidad neurológica. Exámenes: leucocitosis leve, Proteína C reactiva (PCR) levemente elevada y punción lumbar compatibles con meningitis viral; reacción de polimerasa en cadena positiva para VVZ. Tomografía cerebral sin hallazgos agudos. Se diagnosticó herpes zóster diseminado en rama V1 del trigémino con compromiso meníngeo y signos de sobreinfección bacteriana. Recibió aciclovir endovenoso por 14 días seguido de 7 días por vía oral y cefazolina EV por 7 días, con evolución favorable. Se firmó consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: El diagnóstico y tratamiento oportunos del HZ permiten reducir el riesgo de complicaciones. El examen dermatológico debe ser cuidadoso, ya que el exantema puede ser sutil o incluso ausente, la meningitis por VVZ puede presentarse sin lesiones cutáneas. Considerar al diagnóstico el grupo etario de riesgo, en pacientes inmunodeprimidos, la meningitis por VVZ es una complicación poco común pero grave, con mayor riesgo de formas severas y secuelas neurológicas. El tratamiento antiviral precoz mejora significativamente el pronóstico, siendo fundamental un diagnóstico oportuno.

Palabras clave: Herpes zoster, Inmunocomprometido, Meningitis.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y LA EDUCACIÓN SEXUAL:

Autores: Jiménez Zenteno Carolina (1); Pérez Infante Vaitiare (1), Vergara Leal Fabián (1), Rubel Margarit Benjamin (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Dra Ana Maria Juricic, Maipú, Santiago. (2) Interno de 7mo año de Medicina, Hospital Félix Bulnes, Universidad San sebastián, Santiago

Introducción: Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un desafío creciente en la población adolescente, favorecido por el inicio precoz de la actividad sexual, la falta de educación sexual integral y el escaso uso de métodos de protección. Estas infecciones no solo tienen implicancias biológicas, sino también sociales y educativas. Su manejo requiere un enfoque integral. El caso que se presenta a continuación ejemplifica la relevancia del diagnóstico oportuno y del uso racional de antibióticos.

Presentación del caso: Paciente masculino de 14 años que consultó en urgencias por hematuria desde hace diez días, con exacerbación reciente. Relató además disuria, relación sexual con mujer desconocida y consentida hace un mes. Acudió acompañado de su abuela cuidadora. En una atención previa en Servicio de atención primaria de urgencia (SAPU) se le indicó dos dosis de penicilina benzatina sin confirmación diagnóstica. Una semana antes había presentado secreción verdosa genital que posteriormente cedió. Al examen físico destacaba sangre fresca en el meato urinario y leve sangrado prepucial, sin lesiones ni secreción activa; resto del examen dentro de parámetros normales. Se derivó a urgencias pediátricas, donde los exámenes de laboratorio reportaron Neisseria gonorrhoeae positive y urocultivo negativo. Se inició tratamiento con ceftriaxona intramuscular y doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días, además de se realizó interconsulta a Unidad de Atención y Control en Salud Sexual (UNACESS) para manejo integral y consejería en salud sexual.

Discusión y conclusiones: Este caso pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la educación sexual en adolescentes, promoviendo el uso del preservativo y la búsqueda precoz de atención médica ante síntomas genitales. Pues si bien hay un descenso del embarazo adolescente por aumento del uso de anticonceptivos, disminuyó el uso de condón masculino, generando aumento de los casos de gonorrea. También evidencia la importancia del uso racional de antibióticos, evitando tratamientos empíricos inadecuados que favorecen la resistencia bacteriana. En conclusión, las ITS en adolescentes deben abordarse desde un enfoque preventivo, educativo y multidisciplinario, en el cual la atención primaria cumpla un rol clave en la pesquisa, orientación y acompañamiento del paciente y su entorno familiar.

Palabras clave: Adolescencia, Gonorrea, Infección, Preservativo, Sangrado

INSUFICIENCIA ADRENAL PRIMARIA: PRESENTACIÓN COMO CRISIS EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD:

Autores: Figueroa Scholz Francisca (1); Herrera Suárez Diego (1), Guajardo Alarcon Valentina (2), Cid Padilla Ricardo (3)

Afiliaciones: (1) Médico EDF Servicio de Salud del Reloncaví, Hospital de Palena, comuna de Palena. (2) Médico General Servicio de Salud del Reloncaví, Hospital de Palena, comuna de Palena. (3) Médico EDF Servicio de Salud del Reloncaví, Hospital de Chaitén, comuna de Chaitén.

Introducción: La insuficiencia suprarrenal primaria (ISP) es un síndrome endocrino caracterizado por producción deficiente de cortisol. Aunque es poco frecuente (≈0,4–22/100.000 habitantes), su forma más grave, la crisis suprarrenal (CS), es una emergencia potencialmente mortal; el 50% de los pacientes con ISP puede presentar CS antes del diagnóstico definitivo. Se presenta un caso de CS atendida en el servicio de urgencia del Hospital de Palena (HP), centro comunitario con aislamiento geográfico.

Presentación del caso: Mujer de 58 años, con hipotiroidismo y hernia hiatal, consultó en urgencia del HP en sopor superficial, respondía escasamente a la voz y estaba desorientada. Destacaba taquicardia; hemoglucotest 47 mg/dL. Refería dolor abdominal y vómitos desde el día previo. Al examen: mucosas secas, llenado capilar 3s, sin otros hallazgos. Se administraron cuatro ampollas de solución glucosada al 30 % en forma secuencial y fluidoterapia con Ringer lactato 500 mL en bolo. Evolucionó con fiebre 38,6 °C e hipotensión (Presión Arterial Media 56 mmHg); se aumentaron fluidos e inició antibióticos empíricos (sin cultivos disponibles). Exámenes: parámetros inflamatorios elevados, hipoglicemia persistente, electrolitos normales. Se inició noradrenalina y se gestionó evacuación aeromédica hacia Hospital de Puerto Montt (HPM) con diagnóstico de Shock séptico sin foco claro, agregando hidrocortisona 100mg previo al traslado, por diagnóstico diferencial de CS. Permaneció 7 días en unidad de paciente crítico del HPM; logró destete de vasoactivos y pasó a medicina interna, donde se confirmó ISP con cortisol basal y post-corticotropina bajos y ACTH elevada. Se inició terapia de reemplazo con buena respuesta y posterior alta. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación y publicación anónima del caso.

Discusión y conclusiones: La ISP cursa con síntomas inespecíficos (astenia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, baja de peso), lo que retrasa el diagnóstico. La CS añade hipotensión/shock y puede asociar hiponatremia y alteración del sensorio, con riesgo vital si no se trata de inmediato. En pacientes críticos o inestables, las guías recomiendan hidrocortisona parenteral de alta dosis sin demoras, aun con diagnóstico presuntivo. La atención en un hospital de baja complejidad subraya mantener un alto índice de sospecha, iniciar esteroides y soporte hemodinámico precozmente y coordinar derivación oportuna.

Palabras clave: Enfermedad de Addison, Hidrocortisona, Hospitales Rurales, Insuficiencia Suprarrenal.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POSTRENAL SECUNDARIA A RETENCIÓN AGUDA DE ORINA ASOCIADA A CONSUMO DE ALCOHOL

Autores: Méndez Zúñiga Pablo (1); Rosas Rojas Barbara (1), Marchant Bouffanais Ignacio (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Curepto, Curepto. (2) Estudiante de medicina, Universidad de Chile.

Introducción: La insuficiencia renal aguda (IRA) secundaria a retención aguda de orina asociada a consumo de alcohol es un escenario clínico infrecuente que involucra múltiples mecanismos fisiopatológicos. Aunque la relación directa entre retención aguda de orina por alcohol e IRA no está ampliamente caracterizada en la literatura, existen asociaciones relevantes. El consumo excesivo de alcohol puede alterar la contractilidad del detrusor e inducir neuropatía autonómica, favoreciendo la retención aguda de orina. Este caso ilustra una insuficiencia renal aguda postrenal reversible asociada a retención aguda de orina posterior a consumo excesivo de alcohol.

Presentación del caso: Paciente masculino de 23 años, con antecedentes de abuso de alcohol y cocaína, consulta por cuadro de cinco días de evolución caracterizado por mialgias, cefalea, náuseas y vómitos tras ingesta alcohólica excesiva. Al examen físico: paciente vigil, hipertenso (153/100 mmHg), con abdomen blando y sensible. Destaca en exámenes: creatinina 7,9 mg/dL, nitrógeno ureico 75,8 mg/dL, creatinin kinasa 219 U/L, velocidad filtración glomerular estimada 8 mL/min. Se realiza ecografía abdominal bedside que muestra globo vesical; se instala sonda Foley con drenaje inmediato de 2000 cc de orinas claras. Se diagnostica IRA postrenal KDIGO III secundaria a retención urinaria, sospechándose neuropatía vesical inducida por alcohol. Evoluciona favorablemente sin requerir diálisis, con normalización de función renal al mes del alta hospitalaria (creatinina 0,8 mg/dL). Consentimiento informado documentado.

Discusión y conclusiones: El consumo crónico o agudo de alcohol puede predisponer a IRA mediante estrés oxidativo, disfunción mitocondrial e inflamación sistémica. La retención aguda de orina constituye la principal causa de IRA postrenal, y el alcohol puede contribuir mediante compromiso autonómico vesical o efectos miopáticos del detrusor. Este caso resalta la necesidad de considerar causas funcionales en pacientes jóvenes con abuso de alcohol y falla renal. El diagnóstico precoz y la descompresión inmediata son fundamentales para evitar daño renal irreversible y reducir la morbimortalidad asociada.

Palabras clave: ALCOHOLISMO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NEFROPATÍA VESICAL, RETENCIÓN URINARIA.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A COMPRESIÓN URETERAL POR BYPASS AORTOBIFEMORAL: REPORTE DE UN CASO

Autores: Labrin Navarrete Hugo (1); Vargas Melo Maria (1), Robles Miranda David (1), Cabeza Hernández Cristian (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Curacautín, La Araucanía.

Introducción: La insuficiencia renal aguda (IRA) es una complicación frecuente en pacientes con comorbilidades crónicas, generalmente de origen prerrenal o nefrotóxico. Las causas obstructivas son menos comunes y, entre ellas, la compresión extrínseca de los uréteres por prótesis vasculares es excepcional. Se presenta un caso de IRA obstructiva secundaria a compresión ureteral bilateral por bypass aortobifemoral, destacando su relevancia diagnóstica y terapéutica.

Presentación del caso: Paciente femenina de 71 años con antecedentes de hipertensión, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica etapa III, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca y bypass aortobifemoral bilateral (enero 2025). Consulta por disuria, polaquiuria, tenesmo miccional y dolor hipogástrico de tres días de evolución. Al ingreso se constata insuficiencia renal aguda sobre ERC (creatinina 2,92 mg/dl, basal 1,83 mg/dl). El pielo-TC informa hidroureteronefrosis bilateral sin signos obstructivos. Durante la hospitalización, la función renal se deteriora (creatinina 5,28 mg/dl). Urología identifica compresión ureteral a nivel del bypass y realiza instalación de catéter doble J bilateral, logrando paso solo por el uréter izquierdo. La paciente evoluciona favorablemente, con descenso progresivo de creatinina hasta 2,5 mg/dl. Se contó con consentimiento informado y resguardo ético de confidencialidad.

Discusión y conclusiones: La compresión ureteral secundaria a bypass aortobifemoral es una complicación infrecuente. Su diagnóstico puede retrasarse ante la ausencia de síntomas urinarios. En este caso, la evaluación interdisciplinaria permitió identificar la causa y revertir el daño renal mediante cateterismo ureteral. El reconocimiento temprano de esta entidad es crucial en pacientes con cirugía vascular reciente y deterioro renal inexplicado. Este caso refuerza la importancia de considerar la obstrucción extrínseca como diagnóstico diferencial.

Palabras clave: Hidronefrosis; Obstrucción ureteral; Insuficiencia renal aguda.

INTOXICACIÓN AGUDA POR TRAMADOL EN ADULTO JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: López Godoy Catalina de Los Ángeles (1).; Barra Cortés Magdalena Paz (2), Latorre Barbano Martina Paz (3).
Afiliaciones: (1) Médica en Etapa de Destinación y Formación en Hospital de Chanco, Chanco. (2) Médica en Etapa de Destinación y Formación en CESFAM de Dalcahue, Dalcahue. (3) Médica en Etapa de Destinación y Formación en Hospital de Curacaví, Curacaví.

Introducción: La intoxicación por fármacos ha mostrado un incremento sostenido en Chile. En este contexto, el uso de opioides débiles como tramadol ha adquirido relevancia epidemiológica. En 2022 se registraron 850 intoxicaciones opiáceas, 93% asociadas a tramadol. Aunque de menor potencia, dosis sobre 400–600 mg pueden generar compromiso neurológico y respiratorio significativo. La presentación de casos contribuye a optimizar su abordaje clínico.

Presentación del caso: Paciente femenina de 22 años con antecedente de depresión desde los 14 años, sin controles ni tratamiento actual, es encontrada en domicilio con compromiso cuantitativo de conciencia. En centro primario se presenta sin respuesta al dolor, pupilas mióticas, taquicárdica a 160 latidos por minuto y con desaturación hasta 80%, mejorando con oxígeno a 5 litros por mascarilla. Es trasladada a hospital comunitario, donde se intuba para asegurar vía aérea y posteriormente se deriva a hospital terciario de referencia. Dado historial de dos intentos autolíticos farmacológicos previos, se sospecha nueva ingesta, confirmándose posteriormente consumo de zopiclona, metoclopramida y tramadol. Ingresa a servicio de urgencias de hospital terciario con sedoanalgesia (midazolam y fentanil), recibe corticoides y es extubada el mismo día, quedando en mascarilla de alto flujo a 15 litros por minuto. Se realiza radiografía de tórax que evidencia compromiso del pulmón derecho por probable broncoaspiración, motivando hospitalización en unidad de cuidados intensivos para monitorización y antibióticos endovenosos. Psiquiatría la evalúa en tres ocasiones, constatando arrepentimiento y buena disposición al tratamiento. Completa siete dosis de ceftriaxona y, dada su evolución favorable, se decide alta médica.

Discusión y conclusiones: Desde una perspectiva toxicológica, este caso demuestra que el tramadol, pese a ser clasificado como un opioide débil, puede producir compromiso neurológico y deterioro respiratorio cuando se supera su umbral tóxico. La broncoaspiración observada representa una complicación habitual en pacientes con disminución del nivel de conciencia y refuerza la necesidad de una evaluación inicial dirigida. Estos elementos subrayan la importancia de identificar precozmente los signos de toxicidad, asegurar la vía aérea y mantener monitorización estrecha. Asimismo, la integración entre manejo crítico y evaluación psiquiátrica es esencial frente a un cuadro cuya frecuencia ha aumentado en los últimos años.

Palabras clave: Intoxicación por Analgésicos, Tramadol, Trastornos Relacionados con Opioides.

INTOXICACIÓN POR ETANOL EN PACIENTE PEDIÁTRICA POR CONSUMO DE ALCOHOL GEL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Martínez Saldaña, Benjamín (1); Faúndez Ahumada, Joaquín (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Alejandro del Río, Puente Alto, Santiago

Introducción: Los episodios de intoxicación son un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias del país. Se considera intoxicación a la manifestación patológica definida por síntomas y signos secundario a la acción de un agente tóxico. La intoxicación alcohólica es causada por alcoholes, compuestos orgánicos derivados de hidrocarburos conformados por grupos hidroxilos(2). El etanol es el alcohol que más frecuentemente produce intoxicación, por su amplio alcance en la población. En niños puede producirse por la ingesta de productos de uso domésticos que contienen alcohol.

Presentación del caso: Se presenta caso de paciente femenina, de 7 años, sin antecedentes mórbidos, atendida en servicio de urgencia hospitalario por episodio de una hora de evolución de agitación psicomotora y delirio de persecución, donde niña refiere tener la sensación de que la van a matar. En evaluación clínica destaca pupilas midriáticas reactivas, lenguaje incoherente, y halito alcohólico, al control de signos vitales: pulso 109 lpm, temperatura 36.3°C, hemoglucotest 96 mg/dL, frecuencia respiratoria 28 rpm, saturación 98% O2 ambiental. Acompañantes refieren ingesta de alcohol gel en jornada escolar. En urgencia se realiza test rápido de drogas en orina dando negativo para sustancias testeadas (anfetaminas, opiáceos, benzodiacepinas, ketamina y otros, no incluye etanol) y estudio de laboratorio general en rango, en busca de causa metabólica descompensaste. En este contexto, y posterior comunicación con centro de información toxicológica respectivo, se establece que clínica es compatible por intoxicación con etanol, por lo que se realiza monitorización de paciente con hidratación endovenosa con solución cristaloide, obteniéndose resolución espontánea de síntomas.

Discusión y conclusiones: La dosis tóxica de etanol en niños es 1 ml/kg, por lo que cantidades pequeñas con alta concentración de alcohol puede generar síntomas de intoxicación(3). En casos intoxicación por alcohol se debe considerar el tratamiento de soporte, ya que no existe un antídoto específico para este compuesto, de ahí que la detoxificación es la metabolización hepática realizada por el propio organismo. Los síntomas van desde manifestaciones digestivas, como dolor abdominal y vómitos, hasta síntomas graves como depresión del sistema respiratorio, convulsión, shock y muerte.

Palabras clave: Alcohol gel, Intoxicación etílica, Paciente pediátrica.

ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDAD SUPERIOR REPORTE DE UN CASO

Autores: Rojas Cortese Javiera (1); Villalón Friedrich Fernando(1), Jofré Guerra Andrea (1), Rojas Cortese Felipe (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital comunitario 21 de Mayo, Taltal, Antofagasta. (2) Estudiante de Medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Antofagasta.

Introducción: La isquemia aguda de extremidades superiores corresponde a una urgencia vascular poco frecuente, representa un 12% de las isquemias agudas de extremidades. No obstante su reconocimiento y manejo oportuno son esenciales para prevenir secuelas funcionales graves o incluso la pérdida de la extremidad.

Presentación del caso: Paciente femenina de 79 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo dos, dislipidemia, consulta en Hospital de Taltal por cuadro de 5 días de evolución de dolor en mano izquierda asociado a cambio de coloración en dedos. Al examen físico, hemodinámicamente estable, destaca extremidad superior izquierda cianosis distal todos los dedos de la mano, palma fría al tacto, pulso radial no palpable, pulso braquial filiforme, dado clínica se decide traslado a Hospital Regional de Antofagasta, donde se realiza AngioTC que reporta: oclusión del extremo proximal de arteria subclavia, oclusión distal de arteria braquial y de los segmentos proximales de las arterias radial y cubital, cirujano de turno indica hospitalización y manejo anticoagulante. Al tercer día de hospitalización es evaluada por cirujano vascular quien indica embolectomía de urgencia, y anticoagulación. Al tercer día postoperatiorio se evidencia mejora de isquemia, recupera temperatura y coloración de palmas y dedos, se mantiene cianosis de falange distal dedo anular, por lo que se decide alta médica con anticoagulación oral. Tres días después reconsultó por aumento del dolor y signos de isquemia severa, evidenciándose necrosis distal de los dedos y Angiotac revela nueva oclusión arterial en el tercio proximal del antebrazo. Dada la extensión del daño isquémico, se decidió amputación de la mano izquierda.

Discusión y conclusiones: Este caso destaca la importancia del diagnóstico precoz ante presencia de las "seis P" (dolor, palidez, perdida de pulsos, parestesia, parálisis, poiquilotermia), la sospecha clínica temprana y coordinación con servicios de mayor complejidad puede marcar la diferencia entre la recuperación y la pérdida del miembro.

Palabras clave: EXTREMIDAD SUPERIOR, EMBOLECTOMÍA, ISQUEMIA AGUDA,

ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA, DESAFÍOS EN LA APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Leighton Leañez Fernando Javier (1); Aguilera Zapata Jorge Ignacio (1), Cortes Ledezma Joaquin Emilio (2), Ulloa Adasme Matías Nicolás (3)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Pitrufquén, Pitrufquén, Región de la Araucanía. (2) Médico General de Zona, CESFAM Freire/DSM Freire, Freire, Región de la Araucanía. (3) Médico General de Zona, Hospital de Gorbea/DSM Gorbea, Gorbea, Región de la Araucanía.

Introducción: La isquemia mesentérica aguda es una entidad poco frecuente pero potencialmente letal, caracterizada por la interrupción del flujo sanguíneo hacia el territorio intestinal. Su evolución rápida y el cuadro clínico inespecífico dificultan el diagnóstico temprano, pudiendo derivar en complicaciones graves como necrosis intestinal, perforación o shock séptico. A pesar de su baja incidencia, debe considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo, especialmente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una paciente de 73 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y estenosis aórtica, que consultó por dolor abdominal difuso y disuria de dos días de evolución. Había sido evaluada previamente en otro centro, donde se diagnosticó y trató como gastroenteritis. Al examen físico destacaron signos de irritación peritoneal difusa. Los exámenes de laboratorio mostraron alteraciones significativas: creatinina 2,22 mg/dL, PCR 332 mg/L, leucocitos 45.550/µL, pH 7,00 y lactato 17,5 mmol/L, indicativos de compromiso sistémico severo. Se inició tratamiento con antibióticos de amplio espectro y reposición de volumen. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste reveló signos de isquemia intestinal y gástrica, gas portal y compromiso de la arteria mesentérica superior y sus ramas distales. Un angioTAC posterior confirmó isquemia intestinal severa secundaria a estenosis de la arteria mesentérica superior, neumatosis intestinal y portal, estenosis del tronco celíaco, compromiso isquémico hepático, estenosis bilateral de arterias renales e infarto renal izquierdo. La paciente evolucionó con shock séptico, requiriendo drogas vasoactivas y manejo en unidad de cuidados intensivos para una eventual resolución quirúrgica.

Discusión y conclusiones: Este caso destaca la complejidad diagnóstica y terapéutica de la isquemia mesentérica aguda, patología de elevada mortalidad si no se reconoce e interviene oportunamente. La presencia de comorbilidades cardiovasculares y un cuadro de abdomen agudo deben generar una alta sospecha clínica. Un abordaje multidisciplinario, junto con una reanimación intensiva y una estrategia quirúrgica escalonada —inicialmente de control de daño y posteriormente definitiva—, resulta fundamental para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Palabras clave: Cirugía general, Isquemia Mesentérica, Shock Séptico

LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA EN PATOLOGÍAS INFRECUENTES: ESPONDILODISCITIS EN UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD:

Autores: Figueroa Mitelman Francisco Antonio (1); Elgueta Oyanedel Daniela Paola (2)
Afiliaciones: (1) Médico EDF, Hospital de Vicuña, Vicuña, Región de Coquimbo. (2) Médico EDF, CESFAM Pan de Azúcar, Coquimbo, Región de Coquimbo.

Introducción: La espondilodiscitis es un proceso infeccioso que afecta al disco intervertebral y los cuerpos vertebrales, pudiendo comprometer todas las estructuras posterolaterales y perineurales. Un diagnóstico y tratamiento tardío se asocia a complicaciones neurológicas, hospitalizaciones prolongadas y emergencias quirúrgicas. Este trabajo busca favorecer el diagnóstico y derivación oportuna en hospitales de baja complejidad.

Presentación del caso: Paciente masculino de 67 años, con diabetes tipo 2, inició en agosto de 2025 con dorsalgia de inicio insidioso, punzante, continua y no irradiada, exacerbada por actividad física. En dos meses, consulto 2 veces en urgencias, diagnosticándose neumonía y recibiendo antibioticoterapia sin mejoría. En una tercera consulta en urgencias se constató leucocitosis, proteína C reactiva (PCR) elevada y radiografía de tórax normal. Se reiteró el diagnóstico de neumonía y se derivó a hospital de baja complejidad para antibioticoterapia. Tras finalizarla, persistió con dorsalgia y parámetros inflamatorios elevados. En contexto de adulto mayor con antecedente de diabetes, dorsalgia y parámetros inflamatorios elevados, se solicitó una resonancia magnética (RM) de columna por sospecha de espondilodiscitis que informo de “espondilodiscitis T9-T10, colección intervertebral y extenso flegmón perivertebral anterolateral e intrarraquídeo epidural que determina mielopatía compresiva. Espondilodiscitis de la unidad discovertebral C7-T1.” Por lo anterior, se derivó a neurocirugía para manejo especializado.

Discusión y conclusiones: La espondilodiscitis es más común en países en desarrollo, su aumento se asocia al envejecimiento, diabetes, virus de la inmunodeficiencia humana, cáncer e inmunosupresión; afecta principalmente a hombres entre 60 y 80 años, con una incidencia tres veces mayor que en mujeres. Su clínica es inespecífica, presentándose dolor no mecánico y progresivo en más del 90% de los casos, fiebre en el 60%, y hasta un 34% puede desarrollar compromiso neurológico. En estudio de laboratorio, sirven de referencia el recuento de leucocitos, velocidad de sedimentación globular y PCR, pero carecen de sensibilidad y especificad suficientes. El estudio imagenológico incluye radiografías, tomografía computarizada y RM (esta última es el estándar de oro diagnóstico). Sugerimos mantener un alto índice de sospecha diagnostica, e iniciar estudio precoz en pacientes de riesgo con dolor de espalda y marcadores inflamatorios elevados.

Palabras clave: Dolor de espalda, Factores de riesgo, Espondilodiscitis.

LA IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO DE LA FITOTERAPIA PARA EVITAR Y PREVENIR INTOXICACIONES:

Autores: Cid Vera Josefa Fernanda (1); Haberle Monsalve Antonia (2), Rojas Valenzuela Rayen Antonia (2)

Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, Hospital Familiar y Comunitario de Lanco, Lanco, Los Ríos (2). Médica General de Zona, Centro de Salud Familiar Panguipulli, Panguipulli, Los Ríos.

Introducción: El uso de productos de fitoterapia ha aumentado de forma sostenida, muchas veces sin supervisión médica ni respaldo científico, favoreciendo la aparición de intoxicaciones secundarias a plantas con propiedades farmacológicas. Datura stramonium L. (estramonio), ampliamente distribuida, contiene alcaloides tropánicos con efecto anticolinérgico, incluyendo atropina, hiosciamina y escopolamina, capaces de provocar cuadros clínicos graves. Históricamente ha sido utilizada en medicina tradicional ayurvédica (1), también recetada por la medicina tradicional mapuche, donde el uso de hierbas posee un significado cultural y terapéutico (2). El presente caso busca destacar la relevancia del conocimiento médico sobre el uso de fitoterapia, su toxicidad potencial y la necesidad de educación sanitaria para prevenir este tipo de eventos.

Presentación del caso: Adulto sin antecedentes médicos, consulta al servicio de urgencia por cuadro agudo de 4 horas de evolución posterior al consumo de una hierba identificada como estramonio. Inicia con sequedad bucal, retención urinaria, dolor abdominal, parestesias faciales, de extremidades y desorientación. Al ingreso, paciente consciente, con apertura ocular espontánea, lenguaje incoherente, respuesta al dolor, pupilas midriáticas, movilidadad de extremidades conservadas, retención urinaria evidenciada por globo vesical. Se realiza electrocardiograma que muestra ritmo sinusal, sin alargamiento de PR, QRS angosto y sin ensanchamiento de QT. Estudios de laboratorio sin alteraciones significativas. Durante observación, paciente hemodinámicamente estable, afebril y sin requerimiento de oxígeno, se indica hidratación endovenosa e instalación de sonda urinaria. Se decide traslado a hospital de alta complejidad, con progresiva mejoría sintomática, se decide alta hospitalaria tras 48 horas de observación, con resolución completa del cuadro clínico.

Discusión y conclusiones: La toxicidad del estramonio se debe a alcaloides de belladona con efectos anticolinérgicos variables, que pueden causar midriasis, boca seca, taquicardia, retención urinaria y alteraciones neurológicas. La severidad puede ser impredecible debido a diferencias en concentración de alcaloides entre partes de la planta y ejemplares.(3) El manejo consiste principalmente en soporte y observación; la fisostigmina se reserva para casos graves. Este caso enfatiza la necesidad de educación sanitaria sobre fitoterapia, regulación del uso de plantas con alcaloides activos y formación de profesionales de la salud en toxidromos anticolinérgicos, con el fin de prevenir intoxicaciones graves y mejorar la seguridad en la población

Palabras clave: Fitoterapia, Intoxicación, Síndrome Anticolinérgico

LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE CEFALEA CON BANDERAS ROJAS, ENFERMEDAD DE MOYAMOYA, A PRÓPOSITO DE UN CASO

Autores: Villalobos Gahona Juana (1); Fernández Torrejón Eduardo (1), Ramírez Retes Maximiliano (1), Guerrero Marin Taysha (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Marcos Macuada, Tocopilla. (2) Interno de medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta.

Introducción: La enfermedad de Moyamoya (EMM) es una arteriopatía progresiva estenosante que afecta las ramas de la arteria carótida interna que se presenta como una afección médica aislada y afecta ambos hemisferios cerebrales. La incidencia en población hispanoamericana es cercana a 0.03 por cada 100000 habitantes, con distribución bimodal de 5-10 y 30-50 años, más frecuente en sexo femenino (2.6:1). El diagnóstico se realiza con estudio angiográfico, las principales presentaciones clínicas son accidente cerebrovascular y/o transitorios, hemorragia intracraneal y cefalea con banderas rojas. Dado que la principal fuente de diagnóstico son las complicaciones, la pesquisa de cefalea con banderas rojas ofrece una ventana de diagnóstico oportuno.

Presentación del caso: Paciente femenina, 38 años, con antecedente de obesidad, consulta repetidamente en atención primaria de hospital comunitario por cuadro de larga data de cefalea de carácter punzante en hemicráneo derecho, EVA 10/10, sin focalidad neurológica ni hallazgos patológicos al examen físico, pero refractario a tratamiento analgésico con AINES, triptanes y tricíclicos. En este contexto se traslada a centro de mayor complejidad donde se realiza TC de cerebro sin contraste, descartando patología hemorrágica aguda, no identificando alteración estructural y dando de alta con manejo sintomático. Reconsulta con informe de angiorresonancia de cerebro particular, realizada por persistencia de sintomatología, que describe significativa disminución de calibre de las arterias carótidas internas, izquierda con diámetro máximo de 2 mm y derecha de 3 mm, con signos de oclusión en segmento cavernoso, trayecto filiforme cervical y endocraneal no proximal, hallazgos compatibles EMM. En este contexto se interconsulta a especialidad para manejo definitivo neuroquirúrgico.

Discusión y conclusiones: La EMM es una patología de difícil enfrentamiento, cuyo diagnóstico angiográfico se ve mermado por la disponibilidad de herramientas diagnosticas en los primeros niveles nivel de atención. Dada esta falta de recursos los pacientes reconsultan con sintomatología persistente o completan estudio por extrasistema, donde la variable económica entorpece el diagnóstico precoz, retrasando el tratamiento definitivo y pronóstico. Por lo anterior es fundamental una alta sospecha clínica ante la presencia de banderas rojas, considerando EMM como diagnóstico diferencial al identificar síntomas neurológicos sin causa evidente; Entendiendo, sin embargo, que no todas las banderas rojas ofrecen el mismo valor predictivo.

Palabras clave: Accidente Cerebrovascular, Cefalea, Enfermedad de Moyamoya

LA SOSPECHA DE POLIANGEÍTIS MICROSCÓPICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

Autores: Albornoz Reyes, Valentina Paz (1); Lara Martinez, Dulce María (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Chaitén, Chaitén Región de los Lagos , Santiago. (2) Médica General, Hospital de Chaitén, Chaitén Región de los Lagos.

Introducción: La poliangitis microscópica (PAM) es una vasculitis necrotizante de pequeños vasos, poco frecuente pero potencialmente grave, que puede afectar múltiples órganos, incluyendo el sistema nervioso periférico y central. Su presentación clínica es heterogénea, lo que dificulta el diagnóstico temprano, especialmente cuando los síntomas iniciales son inespecíficos, como alteraciones neurológicas sutiles. En el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS), donde el primer contacto con el paciente suele centrarse en manifestaciones generales o inespecíficas, reconocer oportunamente estos signos puede ser determinante para evitar la progresión del daño sistémico. El presente trabajo expone el caso de un adulto mayor en quien la pesquisa de síntomas neurológicos inespecíficos en APS permitió orientar la sospecha diagnóstica hacia una poliangitis microscópica. Se busca con ello reflexionar sobre la importancia del enfoque clínico integral y la detección precoz en el nivel primario, destacando el rol del médico general en el reconocimiento de enfermedades sistémicas infrecuentes pero de alta relevancia clínica.

Presentación del caso: Paciente de 73 años, sexo [indicar si se conoce], con antecedentes personales [añadir si se conocen o dejar en blanco para completar], consulta por tercera vez en el servicio de urgencia por un cuadro de un mes de evolución caracterizado por pérdida progresiva de fuerza en las cuatro extremidades, inicialmente en miembros inferiores y posteriormente en superiores. Refiere que hace aproximadamente un mes caminaba sin dificultad y actualmente no logra deambular sin ayuda. Asocia mialgias generalizadas y baja de peso de aproximadamente 10 kg en dos meses, sin otros síntomas sistémicos claramente orientadores. En la evaluación neurológica se observa: disminución de fuerza muscular en extremidades superiores e inferiores (M4), hipoestesia en miembros inferiores, incapacidad para mantenerse de pie, Glasgow 15, pupilas isocóricas y reactivas a la luz, reflejo fotomotor y consensual presentes. Reflejos cerebelosos no evaluados; reflejos osteotendíneos no consignados. Además al examen físico se constata crépitos pulmonares difusos sin síntomas respiratorios. Exámenes de laboratorio destaca: anemia severa, leucocitosis con predominio linfocitario, PCR elevada y daño renal

Discusión y conclusiones: El cuadro clínico descrito corresponde a un paciente adulto mayor con un síndrome de evolución subaguda caracterizado por debilidad muscular progresiva, síntomas constitucionales y compromiso neurológico periférico, asociado además a alteraciones hematológicas, inflamatorias y renales. Este patrón orienta hacia un proceso sistémico de base inflamatoria o autoinmune, más que a una patología neurológica aislada. La presencia de pérdida de fuerza ascendente, hipoestesia y compromiso funcional progresivo obliga a considerar inicialmente diagnósticos diferenciales neuromusculares como polineuropatías inflamatorias, metabólicas o tóxicas. Sin embargo, la coexistencia de daño renal, anemia inflamatoria, elevación de reactantes de fase aguda y crépitos pulmonares difusos, pese a la ausencia de síntomas respiratorios, sugiere un compromiso multisistémico compatible con una vasculitis sistémica. Dentro de estas, la poliangitis microscópica (PAM) emerge como diagnóstico probable,

considerando el daño renal de tipo rápidamente progresivo, la afectación neurológica periférica (mononeuritis múltiple o polineuropatía axonal) y la respuesta inflamatoria marcada. En este contexto, el cuadro neurológico constituye una manifestación inicial infrecuente pero relevante, cuya identificación precoz en atención primaria o en servicios de urgencia puede ser determinante para el diagnóstico y manejo oportuno de esta entidad.

Palabras clave: Poliangeítis microscópica, vasculitis, polineuropatía

LABERINTITIS AGUDA BACTERIANA SECUNDARIA A OTITIS MEDIA SUPURADA EN PACIENTE IMMUNOSUPRIMIDA: REPORTE DE UN CASO

Autores: Parra Urra Javiera (1); Casanova Ordóñez Bernardita (2), Del Valle Rodríguez Camila (2), Monsalve Sobarzo, Patricio (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Servicio Salud Araucanía Norte. (2) Médico General, Hospital Clínico Regional Valdivia, Servicio Salud Valdivia.

Introducción: La laberintitis es una complicación infrecuente de otitis media aguda (OMA), o crónica, es caracterizada por inflamación del oído interno con afectación clínica tanto de vértigo, como de hipoacusia y tinnitus. En paciente inmunosuprimidos, su presentación puede ser mas severa o atípica requiriendo un alto índice de sospecha clínica.

Presentación del caso: Mujer de 42 años con antecedente de lupus eritematosos sistémico, esclerodermia, síndrome de Raynaud, hipotiroidismo y trastorno depresivo. En tratamiento con micofenolato, plaquinol, prednisona, levotiroxina. Consulto en el servicio de urgencia de hospital de alta complejidad por historia de una semana de otalgia, otorrea e hipoacusia a izquierda, asociado a tinnitus, y mareos rotatorios posicionales, sin fiebre. A la evaluación inicial no se logro examinar membrana timpánica por la cuantía de la otorrea por lo que tuvo que ser derivado a otorrinolaringólogo. Al examen físico se evidencio un nistagmo horizontal (grado I a derecha), prueba de impulso cefálico positiva a izquierda, y mareo durante maniobra de Dix-Hallpike, abundante material purulento en oído izquierdo, membrana timpánica abombada con perforación puntiforme y persistencia de la supuración a través de la perforación; oído derecho normal. Prueba de Weber lateralizó a izquierda. Se diagnosticó otitis media supurada complicada con laberintitis bacteriana izquierda en paciente inmunosuprimida. Se realizaron exámenes de laboratorio que destacaban alza de parámetros inflamatorios. Se hospitalizo y se inició tratamiento antibiótico sistémico de amplio espectro y medidas de soporte vestibular, con una evolución favorable: desaparición progresiva de la otorrea y resolución del vértigo en controles sucesivos. Se obtuvo consentimiento informado para la realización del trabajo.

Discusión y conclusiones: En pacientes inmunocomprometidos, la otitis media puede evolucionar hacia complicaciones del oído interno por extensión directa o diseminación hematógena. Por ende la importancia de la sospecha clínica y derivación precoz es necesaria para el diagnostico oportuno. En este caso el diagnostico fue principalmente clínico, sin necesidad de realización de una neuro imagen. La literatura sugiere que la tomografía de peñascos o la resonancia magnética se reservan para casos con evolución tórpida, persistencia febril o signos neurológicos. El diagnóstico precoz y la terapia antibiótica oportuna de amplio espectro, son claves para evitar secuelas auditivas o vestibulares, como lo fue en este caso.

Palabras clave: Inmunosupresión, Laberintitis, Otitis media supurada.

LESIÓN DE HILL-SACHS EN PACIENTE CON INESTABILIDAD GLENOHUMERAL EPISÓDICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO:

Autores: Duque Saavedra Ignacio (1); Vidal Rojas Catalina (1), Kürten Salazar Paula (1), Urrutia Córdova Sebastián (1)
Afiliaciones: (1) Médico general, Hospital Abraham Godoy Peña, Lautaro

Introducción: La luxación anterior de hombro representa cerca del 90 % de todas las luxaciones glenohumerales. Asociada a ella, la lesión de Lesión de Hill-Sachs —un defecto por impactación de la cabeza humeral— aparece en aproximadamente el 71 % de los episodios iniciales y en alrededor del 85 % de los casos con recidivas. En pacientes con luxaciones repetidas, algunas series reportan una incidencia de hasta el 93 %. (c)

Presentación del caso: Paciente masculino de 54 años con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial, camionero de ocupación. Consulta en servicio de urgencias por cuadro de 2 meses de evolución de dolor en hombro derecho irradiado hacia región de trapecio ipsilateral; al cual desde hace dos semanas se añade limitación de la movilidad. Niega traumatismos recientes, sin embargo, con antecedente de 2 luxaciones de hombro autorreducidas en los últimos 2 meses. Al examen físico se evidencia disminución de rango de movilidad, Jobs (+) Speed (+) Appley (+). Se realiza Tomografía Axial Computarizada de hombro, en donde se informa: Estigmas de luxación anterior del hombro, con lesiones tipo Hill-Sachs y pequeño Bankart óseo.

Discusión y conclusiones: La Lesión de Hill-Sachs es una complicación frecuente de la inestabilidad glenohumeral, cuya gravedad aumenta con las luxaciones recurrentes, incluso cuando se autorreducen (p). Actualmente existen controversias respecto al umbral de compromiso óseo que requiere cirugía y a la elección óptima entre técnicas como reparación capsulolabral aislada, remplissage o procedimientos óseos. El uso de imagen avanzada permite cuantificar el defecto y aplicar el concepto de “on-track/off-track”, orientando decisiones terapéuticas (x). En este contexto adquiere relevancia tener en consideración el antecedente de luxaciones glenohumerales frecuentes en el estudio del paciente que se presenta con omalgia para el descarte oportuno de posibles complicaciones como la descrita en el presente caso.

Palabras clave: Luxación glenohumeral, cavidad glenoidea, inestabilidad articular

LESIÓN NODULAR DOLOROSA EN PIERNA POSTERIOR A INYECCIÓN:UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE PANICULITIS POSTINYECCIÓN:

Autores: Jury Salinas Catalina Ignacia (1); Jury Salinas Osvaldo (2)
Afiliaciones: (1) Médico Cirujano, CESFAM Lorenzo Arenas, Concepción. (2) Médico General de Zona, Hospital Doctor Roberto Muñoz Urrutia, Huépil. (3) Médico General de Zona, Hospital Dr. Arturo Hillerns Larrañaga, Puerto Saavedra.

Introducción: La paniculitis postinyección es un proceso inflamatorio estéril del tejido celular subcutáneo que aparece tras la administración de fármacos por vía intramuscular o subcutánea. Aunque infrecuente, constituye una causa relevante de dolor localizado posterior a inyección y puede simular abscesos o celulitis infecciosas. En atención primaria, la ecografía de partes blandas representa una herramienta diagnóstica accesible y precisa para diferenciar estas entidades, evitando tratamientos antibióticos o derivaciones innecesarias.
La racionalidad del presente estudio radica en la necesidad de reconocer y manejar adecuadamente esta condición desde el primer nivel de atención, optimizando recursos y evitando procedimientos invasivos. El objetivo fue describir un caso de paniculitis postinyección diagnosticado mediante ecografía clínica, destacando su valor como herramienta resolutiva en atención primaria.

Presentación del caso: Mujer de 46 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por dolor y aumento de volumen en muslo izquierdo de 10 días de evolución, posterior a inyección intramuscular de diclofenaco. Al examen: nódulo subcutáneo de 3 × 2 cm, firme, mal delimitado, doloroso, sin eritema ni fluctuación. Afebril. Se plantea diagnóstico diferencial entre absceso estéril, celulitis y paniculitis postinyección. Ecografía de partes blandas evidencia engrosamiento hiperecoico irregular en tejido subcutáneo, sin colección líquida, compatible con proceso inflamatorio estéril (paniculitis). Se indica manejo conservador con calor local, analgesia y observación. En control a tres semanas presenta franca mejoría clínica, con resolución completa al mes. Se obtuvo consentimiento informado escrito para la publicación del caso con fines académicos, resguardando la confidencialidad de la paciente.

Discusión y conclusiones: La paniculitis postinyección se asocia a irritación mecánica, reacción a excipientes o administración inadecuada del medicamento. Su diagnóstico se basa en la clínica apoyada por ecografía, que permite excluir abscesos o infecciones bacterianas. En atención primaria, el uso racional de la ecografía facilita decisiones terapéuticas seguras, reduce el uso empírico de antibióticos y fortalece la resolutividad médica. La educación del personal en técnica de inyección y la incorporación sistemática de ultrasonido clínico son estrategias costo-efectivas para prevenir y manejar estas complicaciones locales.

Palabras clave: Paniculitis, Ultrasonography,Primary Health Care

LESIONES AMPOLLOSAS EN PACIENTE ADULTO MAYOR: SOSPECHA DE PENFIGOIDE TRAS TRATAMIENTO POR HERPES ZÓSTER. REPORTE DE UN CASO

Autores: Márquez Toledo Priscilla; Arrau Soza Catalina
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Juan Pablo II, San Bernardo, Santiago, Chile. (2) Médico General de Zona, CESFAM Juan Pablo II, San Bernardo, Santiago, Chile.

Introducción: El penfigoide ampollar es una enfermedad ampollar autoinmune crónica caracterizada por la formación de ampollas tensas sobre piel normal o eritematosa, secundaria a la producción de autoanticuerpos contra antígenos de la membrana basal. Es la causa más frecuente de dermatosis ampollosa en adultos mayores, con una incidencia estimada de 2 a 14 casos por millón al año. Su diagnóstico puede ser desafiante debido a presentaciones atípicas o localizadas, y su identificación temprana permite evitar complicaciones y tratamientos innecesarios.

Presentación del caso: Paciente masculino de 91 años, con antecedente de enfermedad de Alzheimer y artrosis, en tratamiento con memantina. Consultó por lesiones maculo-violáceas pruriginosas en mano izquierda, que evolucionaron a vesículas en tres semanas. Inicialmente se indicó cloxacilina por sospecha de impétigo, sin mejoría. Posteriormente, ante aparición de lesiones vesiculares cervicales, se diagnosticó herpes zóster y se indicó aciclovir oral. Sin embargo, presentó progresión con ampollas tensas en ambas manos, motivo por el cual dermatología diagnosticó enfermedad ampollar, sospecha de penfigoide, indicando tratamiento tópico magistral con triamcinolona acetónido 0.1%, polidocanol, eritromicina, bifonazol, sucralfato, alantoína y óxido de zinc. Evolucionó con resolución completa de lesiones en dos semanas. Por edad avanzada y remisión clínica no se realizó biopsia. Se contó con consentimiento informado para publicación del caso.

Discusión y conclusiones: El penfigoide ampollar puede confundirse con infecciones cutáneas como impétigo o herpes zóster, especialmente en adultos mayores. Su curso pruriginoso, ampollas tensas y distribución simétrica orientan al diagnóstico clínico, el cual se confirma mediante inmunofluorescencia directa cuando es posible. En casos localizados o frágiles, el tratamiento con corticoides tópicos de alta potencia puede lograr remisión completa, evitando toxicidad sistémica. Este caso ilustra la importancia de considerar enfermedades ampollares autoinmunes ante lesiones vesiculoampollares persistentes en el adulto mayor y de individualizar el abordaje diagnóstico según contexto clínico.

Palabras clave: Ampollas, Dermatopatias autoinmunes, Penfigoide, Prurito, Adulto mayor

LESIONES EN MUCOSA ORAL TIPO GOMA SIFILÍTICA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE SÍFILIS VERSUS ENFERMEDAD INMUNOMEDIADA, REPORTE DE UN CASO:

Autores: Villouta Aburto Emilia (1); Suazo Rivera Marcelino (2); Bustamante Duarte, Esperanza Annie (3); Rojas Berríos, Alexis Andrés (4)

Afiliaciones: (1) Médico general de zona, Hospital San José de Casablanca, Casablanca (2) Médico general de zona, Centro de Salud Familiar Néstor Fernández Thomas, San Antonio (3) Médico general de zona, Centro de Salud Familiar Cordillera, Valparaíso (4) Médico general de zona, Centro de Salud Familiar Néstor Fernández Thomas, San Antonio

Introducción: Las lesiones crónicas de mucosa oral son un desafío diagnóstico, presentando etiologías infecciosas, autoinmunes o medicamentosas. En los diagnósticos diferenciales se encuentra la sífilis, que en estadio terciario se manifiesta en piel o mucosas como gomas sifilíticas, definidas como lesiones granulomatosas o úlceras, redondeadas, irregulares o serpiginosas, indoloras. En el diagnóstico serológico existen las pruebas treponémicas, de tipo cuantitativo, que detectan anticuerpos contra antígenos bacterianos, y se usan para seguimiento del tratamiento. Y las pruebas treponémicas, más específicas, de tipo cualitativo, que miden anticuerpos contra la bacteria. El liquen plano oral es una enfermedad inflamatoria crónica, de naturaleza inmuno-inflamatoria. Predomina en mujeres, entre 50-60 años, se manifiesta como lesiones dolorosas, reticulares, erosivas o atróficas. Con períodos de exacerbación o remisión. El diagnóstico es clínico-histopatológico y la primera línea de tratamiento son los corticoides tópicos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 54 años, antecedente hipertensión arterial y trastorno de ansiedad generalizado, consulta numerosas veces en atención primaria por lesiones orales dolorosas de 3 meses de evolución, que remiten y reaparecen. En lengua y mucosa yugal, tipo erosivas, ovaladas, bien delimitadas, blanco-grisáceas, de aproximadamente 1 x 1 cm. Niega fiebre, baja de peso, u otras lesiones en mucosas o piel. Tratadas inicialmente con benzocaína y clorhexidina tópicas con mala respuesta. En laboratorio destaca VDRL reactivo 1/32, RPR reactivo 1/16. Se trata con penicilina benzatina, durante seguimiento presenta VDRL reactivo 1/256, MHA TP no reactivo, con mejoría de lesiones bucales. Paralelamente la paciente se hospitaliza por neumonía, y posterior al alta reaparecen las lesiones. Se deriva a patología oral para biopsia e indican corticoides tópicos con remisión de lesiones y atrofia residual de mucosa. En espera de resultado de biopsia y estudio de patología autoinmune.

Discusión y conclusiones: La serología es falso positivo para sífilis, asociado a buena respuesta a corticoides, indica como primera causa una etiología autoinmune y no una etiología infecciosa. Este caso resalta la importancia del estudio serológico completo de sífilis, considerar siempre los diagnósticos diferenciales, y así no retrasar las derivaciones pertinentes para estudio histopatológico.

Palabras clave: Enfermedades de la boca, Liquen plano oral, Mucosa de la boca, Reacciones falso positivas, Sífilis

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA B PHILADELPHIA POSITIVO EN PACIENTE JOVEN: DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN CONTEXTO DE CUADRO VIRAL PERSISTENTE

Autores: Godoy Flores Manuel (1); Portilla Rojas Marcelo (1); Vergara Serrano Lucas Vicente (2); Guajardo Cáceres Benjamín Nicolás (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Santa Elisa, San José de la Mariquina, Mariquina. (2) Estudiante de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia.

Introducción: En los servicios de urgencia rural es frecuente la consulta de pacientes jóvenes con síntomas virales autolimitados, donde la fiebre persistente puede ser subestimada. No obstante, este signo constituye una oportunidad diagnóstica clave frente a patologías hematológicas graves como la leucemia linfoblástica aguda (LLA). Se presenta el caso de una paciente que consultó en varias oportunidades por cuadro viral persistente, en quien un hemograma solicitado en urgencias permitió sospechar precozmente una leucemia aguda.

Presentación del caso: Mujer de 22 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 insulinorrequirente, obesidad mórbida e hipertensión arterial. Consultó reiteradamente por fiebre, mialgias y visión borrosa, posterior a cuadro viral de una semana. En la última evaluación persistía febril y decaída, sin focalidad neurológica. El hemograma mostró leucocitosis masiva de 112.900/µL, linfocitos 88%, hemoglobina 10,4 g/dL, plaquetas 125.000/µL, velocidad de eritrosedimentación (VHS) >120 mm/h y bilirrubina total 3,9 mg/dL. Ante la sospecha de síndrome linfoproliferativo agudo, se coordinó traslado inmediato al Hospital Base de Valdivia. Allí se confirmó diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda tipo B Philadelphia positivo (LLA-B Ph+) con compromiso del sistema nervioso central, mediante mielograma y citometría de flujo (94,4% de blastos, BCR/ABL p190 positivo). Se inició manejo especializado en unidad hematológica, confirmándose remisión morfológica tras ciclo de inducción.

Discusión y conclusiones: Este caso resalta la importancia del juicio clínico en urgencias rurales, donde cuadros febriles recurrentes o prolongados deben motivar exámenes básicos como el hemograma completo. La detección temprana de leucocitosis con linfocitosis atípica permitió orientar un diagnóstico oncohematológico infrecuente en este grupo etario, facilitando derivación oportuna. La coordinación en red asistencial fue determinante para confirmar una LLA B Ph+, de alta agresividad, en fase inicial. La persistencia de fiebre en cuadros virales debe ser evaluada críticamente en todos los niveles asistenciales. Este caso enfatiza el valor del hemograma como herramienta diagnóstica inicial y la importancia del trabajo coordinado entre hospitales rurales y centros de referencia para el diagnóstico precoz de patologías hematológicas graves.

Palabras clave: Leucemia linfoblástica aguda, Diagnóstico precoz, Fiebre persistente, Urgencias rurales, Hemograma.

LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA, PRESENTACIÓN ATÍPICA DE CEFALEA EN SERVICIO DE URGENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO:

Autores: Troncoso Bichara Javier (1); Abusleme Rubiño Felipe (1), Contardo Cortés Javiera (1), Troncoso Bichara Scarlett (2)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Cesfam Dr. Amador Neghme, Pedro Aguirre Cerda, Santiago. (2) Estudiante de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Providencia, Santiago.

Introducción: La leucemia mieloide crónica (LMC) es un cáncer de crecimiento lento que afecta al tejido hematopoyético, principalmente la médula ósea, y se caracteriza por la producción excesiva de glóbulos blancos. La incidencia es de 1-2/100.000 hab./año, y la edad media de presentación es entre 45 y 55 años, con predominio en hombres con una relación 1,3:1. La presentación clínica puede variar dependiendo de la fase de la enfermedad; sin embargo, más del 30% de los pacientes permanecen asintomáticos durante un largo período. La afectación intracraneal, que causa hemorragia intracerebral (HIC) como presentación inicial es una complicación extremadamente rara en la leucemia mieloide crónica.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 47 años de edad, sin antecedentes mórbidos conocidos consultó en un Servicio de Alta Resolutividad (SAR) de la comuna de Pedro Aguirre Cerda por cefalea holocraneana de inicio insidioso, tipo opresivo, EVA 6/10, sin banderas rojas asociadas y se indica tratamiento ambulatorio de primera línea. Al día siguiente volvió a consultar en extrasistema por persistencia del dolor pese al adecuado manejo farmacológico. Se solicitó un escáner de cerebro con hallazgo de hematoma subdural subagudo frontoparietal derecho. En el hemograma inicial se detectó una leucocitosis de 51.700 uL. Al interrogatorio dirigido negó traumatismos craneanos o caídas. Se realizó drenaje quirúrgico del hematoma, mielograma y cariograma oncológico, confirmando el diagnóstico de Leucemia Mieloide Crónica.

Discusión y conclusiones: La cefalea es una de las principales causas de consulta neurológica y de medicina general, tanto en servicios de urgencias como atención ambulatoria. A pesar de la baja incidencia de la afectación intracraneal como manifestación primaria de la LMC, es relevante su detección precoz y poner énfasis en el reconocimiento de las banderas rojas de este síntoma. Por ende, en cualquier paciente con cefalea la anamnesis será vital para el buen diagnóstico, más aún cuando la tasa de supervivencia global a 5 años de la LMC también ha mejorado significativamente en la última década.

Palabras clave: Cefalea, Hemorragia intracerebral, Leucemia mieloide crónica.

LIQUEN PLANO PIGMENTADO INVERSO, UNA VARIANTE INFRECUENTE DE UNA DERMATOSIS COMÚN:

Autores: Chaaban Díaz Amany (1); Tapia Letelier Pedro (2) Vergara Rodríguez Vanessa (3)
Parra Agurto Francisca (4)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Departamento de Salud Hualañé, Hualañé. (2) Médico General, Centro de Salud Familiar Doctor Marcelo Lopetegui, Osorno. (3) Médico General, Centro de Salud Familiar Pudahuel Poniente, Santiago. (4) Médico General, Hospital del Salvador, Santiago.

Introducción: El liquen plano es una dermatosis inflamatoria idiopática que puede afectar piel, mucosas y el aparato ungueal. Existen múltiples variantes clínicas, entre ellas, la pigmentada es poco frecuente y suele presentarse en personas de fototipos altos. El liquen plano pigmentado inverso (LPPI) es una variante aún más rara, descrita principalmente en individuos con fototipos claros. Clínicamente se manifiesta como máculas o pápulas marrón violáceas, bien definidas, que comprometen casi exclusivamente áreas intertriginosas, siendo la axila la zona más afectada (hasta 90% de los casos). Las lesiones suelen ser asintomáticas o asociarse a prurito leve. Su etiología permanece desconocida. Los diagnósticos diferenciales incluyen las erupciones medicamentosas, acantosis nigricans, intertrigo candidiásico, eritrasma, hiperpigmentación postinflamatoria, entre otras. Dada su baja frecuencia, el LPPI puede no ser considerado inicialmente por los médicos generales, lo que dificulta y retrasa el diagnóstico.

Presentación del caso: Paciente de 27 años de sexo masculino sin antecedentes mórbidos, con historia de máculas hiperpigmentadas en axila izquierda de 8 meses de evolución, que progresan confluyendo en una placa anular hiperpigmentada, levemente pruriginosa. Niega lesiones en axila contralateral u otras localizaciones. Al examen físico se observa paciente de fototipo IV, con pápulas marrón oscuro confluentes en una placa anular en la axila izquierda de 3.5 cm de diámetro, con zonas hipopigmentadas aisladas y bordes eritematosos levemente descamativos. Sin otras lesiones en piel ni mucosas. Se planteó el diagnóstico de liquen plano pigmentado inverso, se solicitó biopsia y se inició corticoterapia tópica, con buena respuesta clínica a la fecha.

Discusión y conclusiones: El LPPI constituye una variante clínica infrecuente del liquen plano. Su baja frecuencia y presentación atípica hacen que, con frecuencia, no sea considerado en el diagnóstico diferencial inicial, lo que puede generar retrasos diagnósticos o tratamientos inapropiados. Aunque se ha descrito principalmente en fototipos bajos, este caso corresponde a un paciente con fototipo IV, lo que lo hace inusual. La morfología anular también supuso un desafío diagnóstico frente a otras entidades más comunes como una infección micótica. Este caso refuerza la importancia de reconocer las variantes clínicas del liquen plano y considerarlas dentro de los diagnósticos diferenciales de las dermatosis intertriginosas pigmentadas.

Palabras clave: Diagnóstico clínico, Intertrigo, Liquen plano

LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO DISCOIDE PESQUISADO EN ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Ruiz Carmona Ignacio (1), Soto Yaksic Rocío (2), Wiechmann De Bonadona Daniela (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Los Sauces, comuna de Lumaco. (2) Médico General de Zona, CESFAM Lumaco, comuna de Lumaco.

Introducción: El lupus eritematoso cutáneo discoide (LCD) es una forma localizada de lupus eritematoso crónico que afecta principalmente piel fotoexpuesta. Se caracteriza por lesiones eritematosas, descamativas y atróficas, que pueden dejar cicatrices permanentes. En atención primaria suele confundirse con dermatitis seborreica, psoriasis o liquen plano, lo que retrasa su diagnóstico. La sospecha clínica precoz y la derivación oportuna al especialista son determinantes para evitar daño cicatricial irreversible y progresión sistémica.

Presentación del caso: Paciente femenina de 39 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, consultó en atención primaria por placa eritematosa descamativa en mejilla izquierda de dos meses de evolución, inicialmente interpretada como dermatitis seborreica y tratada con corticoide tópico sin respuesta. Ante persistencia y progresión de la lesión, se pesquisó en atención primaria la posibilidad de lupus cutáneo y se derivó a dermatología. En el nivel secundario, la evaluación clínica mostró una placa eritematosa bien delimitada, con escamas adherentes y atrofia central. Se realizó biopsia cutánea que evidenció infiltrado linfocitario perivascular e interfase dérmico-epidérmica compatible con lupus cutáneo discoide. Los exámenes complementarios (hemograma, función renal, ANA, anti-DNA) fueron normales, descartándose compromiso sistémico. Se indicó fotoprotección estricta, hidroxicloroquina 200 mg cada 12 horas y corticoide tópico por seis semanas. En controles posteriores, la paciente presentó remisión parcial de la lesión sin nuevas placas. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: El LCD es una entidad autoinmune poco frecuente, pero potencialmente diagnosticable desde el primer nivel mediante observación clínica dirigida. Su identificación temprana evita secuelas cicatriciales y reduce el riesgo de evolución sistémica. En atención primaria, ante lesiones eritematodescamativas persistentes en áreas fotoexpuestas, debe considerarse el lupus cutáneo dentro de los diagnósticos diferenciales. La biopsia cutánea confirma el diagnóstico y orienta el manejo. Este caso refuerza el rol del médico general en la pesquisa precoz de enfermedades autoinmunes con expresión cutánea y la importancia del enfoque interdisciplinario entre dermatología y atención primaria.

Palabras clave: Dermatitis Seborreica, Lupus Eritematoso Cutáneo, Psoriasis.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEBUTANDO COMO PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA EN OCTOGENARIA:

Autores: Zamora Mancilla Matías (1); Vivallo Sanhueza Gabriela (1) Coloma Silva Jean Piere (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Eduardo González Galeno, Cunco, Araucanía (2) Médico Cirujano, Hospital Eduardo González Galeno, Cunco, Araucanía

Introducción: El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una de las enfermedades autoinmunes más frecuentes, con una incidencia global de 5.14 /100.000 personas – año, el que aumenta a 8.82 al evaluar el sexo femenino(1), con peak de incidencia entre la 3ra y 5ta década de vida, en contraste con el sexo masculino quienes lo tienen entre la 5ta y la séptima(2). Posee una amplia gama de manifestaciones, lo que lo hace recurrentemente un diagnóstico diferencial a considerar(3). En este trabajo se presenta el caso de una paciente fuera de los grupos clásicos, con estudio previo no diagnóstico y que desarrolla una complicación hematológica como consecuencia de la activación de esta patología

Presentación del caso: Femenina de 86 años, en seguimiento hace 2 años por poliartralgias indiferenciadas sin patrón clínico asociado a anticuerpos antinucleares (ANA) (+) patrón AC-1 a título 1/160 y anti DNA (-), en tratamiento con hidroxicloroquina, resto del estudio reumatológico también negativo, es rescatada por hemograma tomado por control con plaquetas 12.000. Al interrogatorio destaca equimosis frecuentes, sin sangrado mucoso ni profundo, sin artralgias actuales ni otros hallazgos positivos. Sin uso reciente de nuevas drogas ni medicina complementaria. En estudio inicial con hemograma sin compromiso de otras series, sin elementos de hemolisis ni compromiso de otros sistemas, por lo que se decide hospitalizar bajo sospecha de púrpura trombocitopénica idiopática. En estudio etiológico destaca hipocomplementemia de C3 y C4, ANA (+) patrón AC-1 a título 1/320, junto a positivización de anti DNA (+). Hay respuesta favorable a corticoides, con ascenso de plaquetas sin desarrollo de otras complicaciones de LES, logrando el alta a los 10 días con tratamiento biasociado de hidroxicloroquina con metotrexato, sin nuevas manifestaciones de LES agudo.

Discusión y conclusiones: El LES es una patología de presentación muy variada con una historia natural que no siempre sigue lo clásico y que puede debutar y generar complicaciones a cualquier edad. Entre sus complicaciones el 20% genera trombocitopenia y el 38.4% nefropatía lúpica, con un 10% con ANA (-) (3,4) por lo que un enfoque estandarizado es clave para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Palabras clave: Lupus Eritematoso Sistémico, Púrpura trombocitopénica inmune, Trombocitopenia

MACRO–CREATINCINASA COMO CAUSA DE ELEVACIÓN PERSISTENTE DE CK-MB:

Autores: Robles Miranda David (1); Vargas Melo María (1), Labrín Navarrete Hugo (1), Cabeza Hernández Cristian (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Curacautín Dr. Oscar Hernández Escobar, Curacautín, Región de La Araucanía

Introducción: La macro–creatincinasa (macro-CK) es una alteración bioquímica infrecuente, caracterizada por la formación de complejos entre la creatincinasa (CK) y proteínas séricas, principalmente inmunoglobulinas. Existen dos tipos: la tipo 1 (complejo CK–IgG o IgA) y la tipo 2 (asociada a mitocondrias). Su detección reviste importancia clínica, ya que puede simular daño miocárdico o muscular, generando falsos positivos en el diagnóstico de diferentes entidades clínicas. A su vez, se ha asociado la Macro-CK tipo 2 a presencia de neoplasias de diferentes estirpes. La sospecha debe plantearse ante elevaciones persistentes de CK o CK-MB (creatincinasa MB) discordantes con la clínica, electrocardiograma o marcadores de necrosis miocárdica normales.

Presentación del caso: Paciente masculino de 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial, accidente cerebrovascular previo, epilepsia secundaria y cardiopatía coronaria. Consulta en servicio de urgencias por cuadro de un día de evolución caracterizado por decaimiento y episodios compatibles con movimientos tónico-clónicos. Al ingreso se constata fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada. En exámenes destaca CK-MB 1478 U/L y CK total 682 U/L. Se hospitaliza para manejo anticoagulante y volemización, interpretando inicialmente la elevación enzimática como secundaria a la crisis convulsiva. Evoluciona clínicamente estable, con descenso parcial de las enzimas (CK-MB 1193 U/L y CK total 560 U/L) y troponinas normales. Dos semanas después reconsulta por caída, manteniendo elevación de CK-MB >1400 U/L con CK total cercana a la mitad. Se descarta injuria miocárdica y se realiza seguimiento de niveles de enzimas. Se plantea la posibilidad de macro-CK. Se deriva a medicina interna para seguimiento y estudio de caso

Discusión y conclusiones: La macro–CK se observa en menos del 1% de la población, con mayor frecuencia en mujeres de edad avanzada y pacientes con enfermedades autoinmunes. Su identificación evita diagnósticos erróneos de síndrome coronario agudo y tratamientos innecesarios. En este caso, la persistencia de CK-MB elevada, con troponinas normales y ausencia de síntomas isquémicos, orientó al diagnóstico.

Palabras clave: Biomarcadores, Creatina Quinasa, Isoenzimas

MALLET FINGER POR TRAUMA DOMÉSTICO EN PACIENTE FEMENINA ADULTA: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN:

Autores: Lascano Torres Felipe (1); Henríquez Villouta Fernando (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de San José de Maipo, San José de Maipo, Santiago.

Introducción: Las lesiones traumáticas son causa frecuente de consulta en urgencias. Los traumatismos digitales pueden llegar a comprometer articulaciones del dedo simulando luxaciones o fracturas. Este caso describe el abordaje de un trauma digital (TD) de una paciente adulta, en la que hace necesario considerar diagnósticos diferenciales ante traumatismos de baja a mediana energía y el razonamiento clínico necesario para llegar a diagnóstico y manejo adecuado.

Presentación del caso: Paciente femenina de 46 años acude a urgencia posterior a recibir golpe de olla de metal que cae en la palma de su mano derecha, evolucionando con dolor intenso e impotencia funcional del quinto dedo. Examen físico: se observa una aparente luxación de la articulación interfalángica proximal asociada a una hiperflexión de la articulación interfalángica distal. Se solicita radiografía de mano derecha y su quinto dedo. En la que se descarta fractura o luxación. Sin poder descartar otras patologías en nuestro centro, se deriva a centro de mayor complejidad. Es evaluado por traumatología quien diagnostica Mallet finger, sin otras complicaciones por lo que indica tratamiento conservador con férula en extensión o tipo Stack. En controles posteriores destaca dolor residual y mínima caída de falange distal sin comprometer funcionalidad. Se obtuvo consentimiento informado para el uso de datos clínicos con fines académicos.

Discusión y conclusiones: El Mallet finger es una lesión en la que el tendón extensor de la falange distal sufre ruptura o avulsión, produciendo caída de esta y déficit de la extensión activa. Su manejo puede ser conservador mediante férula de extensión continua, reservando el tratamiento quirúrgico para casos con compromiso óseo significativo o luxaciones irreductibles. En este caso, la ausencia de fractura en la radiografía y la integridad articular orientaron hacia un manejo conservador. La evolución clínica mostro dolor residual mínimo y discreta caída distal, pero sin compromiso funcional de la extremidad. En conclusión, el manejo conservado mediante férula permitió la recuperación funcional adecuada de la paciente, con mínima repercusión funcional. Nuestro caso hace énfasis en la importancia de la evaluación integral y seguimiento de traumatismo digitales para evitar complicaciones inmediatas o futuras.

Palabras clave: Luxaciones Articulares, Fracturas Óseas, Traumatismos de los Dedos.

MANEJO AMBULTATORIO DE HIPONATREMIA CRÓNICA LEVE EN PACIENTE GERIÁTRICO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

Autores: Rojas Espejo Florencia Antonia (1); Roasenda Cavieres Paola (2) Guajardo Muñoz Isidora (2)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Doctor Fernando Maffioletti, La Florida, Santiago. (2) Médico General de Zona, CESFAM Padre Manuel Villaseca, Puente Alto, Santiago.

Introducción: La hiponatremia se define como una concentración sérica de sodio menor a 135 mmol/L y constituye el trastorno electrolítico más frecuente en la práctica clínica, con mayor prevalencia en adultos mayores. Su frecuencia es elevada en contextos de comorbilidad cardiovascular y uso de fármacos antihipertensivos o diuréticos. A pesar de su alta frecuencia, la mayoría de las publicaciones abordan el manejo hospitalario, existiendo escasa evidencia sobre su abordaje en atención primaria (APS). Este caso clínico expone el seguimiento ambulatorio de una hiponatremia crónica leve en un paciente geriátrico con insuficiencia cardíaca e hipertensión arterial.

Presentación del caso: Paciente masculino de 88 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, bradicardia sinusal e insuficiencia cardíaca leve. Consultó por disnea y mareos, destacando hiponatremia leve (sodio 133 mmol/L) posterior a modificación de tratamiento antihipertensivo que incluía Hidroclorotiazida. Se realizó cambio a Valsartán y ajuste posterior con Furosemida en dosis bajas ante signos de congestión e hipervolemia, sumado a restricción hídrica. Interconsultas con medicina interna y nefrología confirmaron adecuada función renal y concordaron con manejo sintomático y control electrolítico periódico. Durante el seguimiento, el paciente presentó mejoría del edema y la ortopnea, manteniendo niveles de sodio estables (142 mmol/L) y control de presión arterial con la adición de Amlodipino. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: La hiponatremia en el adulto mayor es frecuente y se asocia a mayor morbimortalidad, particularmente en pacientes con insuficiencia cardíaca, donde constituye un marcador de mal pronóstico que debe ser considerado en la toma de decisiones clínicas. Su prevalencia alcanza entre 8 % y 11 % en población geriátrica ambulatoria y hasta 40 % en hospitalizados. Este caso destaca la relevancia del diagnóstico oportuno y manejo coordinado en atención primaria, priorizando la evaluación de volemia, el ajuste farmacológico y la educación del paciente y su familia. Asimismo, resalta la importancia del seguimiento periódico y la monitorización de electrolitos tras cambios de fármacos antihipertensivos en adultos mayores. La experiencia obtenida enfatiza cómo un manejo estructurado en APS puede reducir complicaciones, evitar hospitalizaciones y mejorar la seguridad clínica del paciente geriátrico. Se sugiere fomentar investigaciones dirigidas al manejo ambulatorio de hiponatremia.

Palabras clave: Adulto Mayor, Hiponatremia, Insuficiencia Cardíaca, Medicina Familiar, Trastornos Electrolíticos

MANEJO DE ÚLCERAS DE KENNEDY EN CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Díaz Méndez Diego (1); Reyes Moreno Francisca (1), Roa Zagal Catalina (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Carlos Avendaño, Lo Prado Médica General de Zona, CESFAM Dr. Salvador Allende, San Ramón

Introducción: En el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS), el incremento de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas en etapa final de vida y la implementación de la Ley de Cuidados Paliativos Universales han reforzado el rol de la atención domiciliaria como garante de la continuidad de cuidados. Dentro de esta población, las úlceras por presión (UPP) constituyen un problema relevante, con incidencias que alcanzan el 17% en domicilio y hasta el 25% en establecimientos de larga estancia, aumentando la mortalidad y deteriorando la calidad de vida.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una mujer de 90 años con demencia tipo Alzheimer avanzada terminal (GDS 7), dependiente severa, atendida en el programa de Cuidados Paliativos Universales del CESFAM Dr. Salvador Allende. La paciente presentaba una UPP sacra grado IV, tratada mediante curaciones con apósitos de alginato de calcio y espuma de poliuretano, sin mejoría significativa. Durante la evolución, desarrolló fiebre, disnea y una lesión eritemato-violácea de rápida progresión en sacro, compatible con úlcera terminal de Kennedy (UTK). Ante el deterioro general y el contexto clínico, se optó por manejo paliativo domiciliario con control sintomático mediante morfina subcutánea y curaciones de confort. La paciente falleció a las 48 horas, sin dolor ni sufrimiento, acompañada por su familia.

Discusión y conclusiones: El diagnóstico precoz de la UTK permitió anticipar la muerte inminente y orientar adecuadamente la comunicación y los cuidados paliativos. La UTK se caracteriza por una aparición súbita, bordes irregulares y rápida evolución, siendo considerada un marcador cutáneo de agonía. Su etiología aún se debate: algunos autores la relacionan con hipoperfusión terminal, mientras otros la interpretan como manifestación del fallo multiorgánico. El manejo se centra en el alivio del dolor, control de exudado y olores, protección cutánea y apoyo emocional. Este caso resalta la importancia de reconocer la UTK como signo clínico del final de la vida, promoviendo un enfoque anticipatorio y humanizado. Se recomienda fortalecer la formación del personal de salud en su identificación, implementar protocolos de registro y desarrollar guías locales de manejo. Reconocer estas lesiones permite mejorar la comunicación, planificación y calidad de la atención paliativa.

Palabras clave: Palliative Care, Primary Health Care, Terminal Care

¡Error! Marcador no definido.MANEJO EXITOSO DE UNA PRESENTACIÓN PODÁLICA INESPERADA EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD

Autores: Zamorano Arellano Daniela (1); Loyola Vidal Rafaela (1), Spano Guajardo Andrea (2)
Afiliaciones: (1) Médico EDF, Hospital de Mulchén, Mulchén (2) Médico, Hospital de Mulchén, Mulchén

Introducción: La presentación podálica en trabajo de parto es caracterizada por la presentación del polo pélvico en el canal de parto. Ocurre en aproximadamente el 3 – 4 % de los embarazos de término. A pesar de su baja prevalencia, su manejo sigue siento un tema intenso de debate debido al mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal, por lo que al diagnosticarlo se prefiere manejarlo por vía cesárea. Sin embargo, en casos de parto inminente, el equipo se ve obligado a ejecutar maniobras obstétricas complejas bajo una ventana de tiempo crítica.

Presentación del caso: Se trata de multípara de 3, con antecedente de policonsumo y sin controles prenatales debido al desconocimiento de su embarazo, quien ingresó al Servicio de Urgencia del Hospital de Mulchén con dolor abdominal intenso en hipogastrio. La evaluación de emergencia reveló un escenario de alto riesgo: parto inminente en presentación podálica, cuello uterino borrado en 100% y dilatación completa. Ante la imposibilidad de traslado y la rápida progresión, se optó por el manejo activo del parto vaginal; se asistió el expulsivo dificultoso, requiriendo maniobras para la salida de los hombros y la aplicación de flexión de la cabeza fetal más presión suprapúbica para la extracción. El recién nacido (RN), estimado en 37 semanas y 2.3kg, obtuvo un APGAR de 1, requiriendo maniobras de reanimación neonatal que resultaron exitosas, logrando un ascenso a APGAR 9 a los 10 minutos. Posteriormente, se deriva al binomio a un centro de mayor complejidad, donde el RN evolucionó sin complicaciones asociadas al parto.

Discusión y conclusiones: Este caso manejado en un entorno de baja complejidad, y sin el soporte inmediato de al menos una matrona, resalta la importancia crítica de la capacidad resolutiva médica en entornos limitados. Él éxito de la reanimación neonatal y la posterior evolución favorable del recién nacido, demuestran que el manejo oportuno de las maniobras obstétricas especializadas por parte del equipo médico fue crucial. Este caso subraya la necesidad ineludible de un entrenamiento continuo en emergencias obstétricas para el personal de salud en la red asistencial, garantizando resultados óptimos ante situaciones de alta complejidad y recursos escasos.

Palabras clave: TRABAJO DE PARTO, PRESENTACIÓN DE NALGAS, COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO

MANEJO QUIRÚRGICO DE LUXACIÓN TIBIOFIBULAR PROXIMAL EN PACIENTE CON FRACTURA TIBIAL PROXIMAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Pellegrini Henderson Juan (1), Droppelmann Ojeda Ignacio (2), Cepeda Kehr Joaquín (3), Bustos Salvo Carlos (3).
Afiliaciones: (1) Hospital Puerto Montt. (2) Universidad Austral de Chile. (3) Universidad San Sebastián, Sede de la Patagonia.

Introducción: La luxación tibiofibular proximal (LTFP) es una lesión poco estudiada, pudiendo ser infradiagnosticada inicialmente hasta en un 60% de casos. Su asociación con fracturas de tibia está escasamente descrita y corresponde a menos del 1% de lesiones de rodilla. Mayormente la LTFP se relaciona con traumas de alta energía, principalmente accidentes de tránsito. Dentro del tratamiento se describe la reducción cerrada o abierta con uso de tornillos o agujas Kirschner (AK) como fijación.

Presentación del caso: Paciente masculino, 25 años, sin antecedentes mórbidos, alérgico a penicilina, sufre accidente vehicular de alta energía en motocicleta. Ingresó al hospital regional con intenso dolor, presentando herida cortante de 12 cm, equimosis, aumento de volumen y gran deformidad del tercio proximal de pierna derecha, con exposición ósea tibial, sin sangrado activo. Además, herida cortante de 5 cm en rodilla ipsilateral. Se solicitó radiografía pierna derecha Anteroposterior y Lateral y rodilla anteroposterior donde se observó fractura de pierna proximal desplazada y luxación tibiofibular proximal. Se manejó inicialmente con aseo quirúrgico y fijación externa de pierna derecha. Luego, en un segundo tiempo quirúrgico definitivo se realizó reducción y osteosíntesis con clavo endomedular con técnica suprapatelar sumado a una fijación definitiva de la articulación tibiofibular proximal con Tightrope sindesmal (Arthrex).

Discusión y conclusiones: Se conoce poco de LTFP, principalmente en base a reporte de casos. Un estudio de 27 pacientes con fracturas distales de fémur, fracturas de tibia proximal y luxación de rodilla evidenció que no se detectó LTFP inicialmente, pero analizando retrospectivamente existía LTFP en 11 extremidades de 11 pacientes, siendo accidente de tránsito el principal mecanismo. En cuanto al tratamiento, los beneficios de usar fijación suspensoria ajustable (Tightrope) son lograr estabilidad articular sin daño ni exposición importante de partes blandas y con un túnel óseo de diámetro pequeño, lo que no interfiere con la osteosíntesis. Existe un caso reportado previamente que usó el mismo método de fijación posterior a un trauma en ski, donde el paciente presentó buena evolución y fue dado de alta sin secuelas. Se podría plantear la fijación con Tightrope en casos de LTFP como tratamiento reproducible, con abordaje mínimo y bajo riesgo de complicaciones postoperatorias.

Palabras clave: Accidente Vehicular, Fijación de Fractura, Fractura de la Tibia.

MANIFESTACIÓN DE PSORIASIS GUTTATA EN ADULTO CON TRISOMÍA XYY Y COMORBILIDADES ENDOCRINOMETABÓLICAS, UN ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO INTEGRAL

Autores: Moreno Lombardi Pilar (1); Silva Terraza Felipe Rodrigo (2) Arellano Jiménez Mauricio Alejandro (1)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Jorge Kaplan, Viña del Mar, Chile (2) Médico General de Zona, Hospital Santo Tomás de Limache, Limache, Chile

Introducción: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, de base inmunológica y curso recidivante, cuya expresión clínica puede variar según el fenotipo y los factores predisponentes del paciente. Entre sus formas clínicas, la psoriasis guttata representa una variante menos frecuente en adultos, caracterizada por la aparición aguda de lesiones papuloeritematosas múltiples, usualmente tras infecciones o factores desencadenantes inespecíficos. El presente caso describe la presentación de psoriasis guttata en un paciente con antecedentes genéticos y endocrinometabólicos relevantes, con el propósito de reflexionar sobre su diagnóstico diferencial, manejo terapéutico y la importancia de un enfoque integral en patologías dermatológicas con sustrato sistémico.

Presentación del caso: Paciente masculino de 30 años, con antecedentes de trisomía XYY, síndrome hipotónico del recién nacido, prolactinoma resuelto, diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo y obesidad. Consultó por la aparición de un exantema en extremidades inferiores de dos semanas de evolución. Negó prurito, dolor, secreción u otros síntomas, y no identificó factores gatillantes recientes. Al examen físico se observó exantema extenso en ambas extremidades inferiores, de predominio en muslos, conformado por múltiples lesiones papulares eritematosas, costrosas, levemente descamativas, solevantadas, no dolorosas a la palpación y blanqueables, que desaparecían a la digitopresión. Se mantuvo hiperpigmentación inguinal crónica sin signos inflamatorios agudos. Se solicitaron exámenes complementarios, los cuales resultaron sin alteraciones significativas. Ante la morfología y distribución de las lesiones, junto con la evolución subaguda y ausencia de síntomas sistémicos, se estableció el diagnóstico clínico de psoriasis guttata. Se indicó tratamiento con clobetasol 0,05% en crema, aplicado dos veces al día por 15 días, posteriormente según necesidad, con buena respuesta clínica y resolución progresiva de las lesiones. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: La psoriasis guttata en adultos es infrecuente y plantea desafíos diagnósticos, especialmente en pacientes con comorbilidades endocrinometabólicas y genéticas que pueden modificar la respuesta inflamatoria. En este caso, la evolución favorable con tratamiento tópico sugiere una forma leve, autolimitada y bien controlable con manejo local. Se resalta la importancia del diagnóstico clínico precoz para evitar tratamientos sistémicos innecesarios y prevenir exacerbaciones. Este caso contribuye a la literatura al evidenciar la coexistencia de psoriasis guttata con condiciones genéticas poco comunes, reforzando la necesidad de un abordaje multidisciplinario en dermatología.

Palabras clave: Psoriasis, Trastornos endocrinos, Trisomía

MANIFESTACIÓN PSICÓTICA EN PACIENTE CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR Y CONSUMO CRÓNICO DE CANNABINOIDES: REPORTE DE UN CASO

Autores: Flores Oñate Catalina Andrea (1); Bolbarán Cabello Javiera Antonia (2) Galvéz Martínez Jorge Alejandro (3)

Afiliaciones: (1) Médico Cirujana, CESFAM Dr. Pedro Rivas Pinochet, Pelluhue (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Ricardo Valdés Hurtado, Cauquenes (3) Médico Cirujano, CESFAM Santa Cruz, Santa Cruz

Introducción: Los trastornos mentales inducidos por sustancias psicoactivas constituyen un desafío clínico relevante debido a su impacto en la salud mental y social. Entre ellas, el consumo crónico de cannabinoides —particularmente de tetrahidrocannabinol (THC)— se ha asociado con la aparición o exacerbación de cuadros psicóticos y afectivos, especialmente en individuos con vulnerabilidad psiquiátrica previa. En pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar, el uso de cannabis puede precipitar descompensaciones graves, como episodios maníacos con síntomas psicóticos.

Presentación del caso: Paciente masculino, 35 años, antecedente de consumo crónico y problemático de cannabis (2 g/día) y ocasional de hongos alucinógenos, con diagnóstico previo de psicosis inducida por THC. Desde 2017 presenta episodios psicóticos recurrentes con síntomas afectivos y conductuales, inicialmente catalogados como esquizofrenia indiferenciada. Su evolución clínica se ha caracterizado por baja adherencia al tratamiento, escaso insight, múltiples recaídas con delirios místico-religiosos y megalomaníacos, descontrol de impulsos y alteración del juicio de realidad, especialmente en contextos de consumo activo de sustancias. En 2025, tras suspender voluntariamente el antipsicótico depot (Modecate) y retomar el consumo diario de cannabis, consultó por cuadro de diez días con exaltación anímica, verborrea, insomnio, taquipsiquia, hipersexualidad, lenguaje sexualizado, delirios místico-religiosos y conducta heteroagresiva. Fue hospitalizado por agitación psicomotora persistente y riesgo de agresión. Fue dado de alta con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar tipo I, episodio maníaco con síntomas psicóticos y trastorno por consumo de cannabis, recomendándose seguimiento ambulatorio y reforzando la adherencia terapéutica. La evolución clínica evidencia una estrecha relación entre el consumo de THC y la exacerbación de síntomas afectivos y psicóticos, sugiriendo una vulnerabilidad afectiva subyacente agravada por el uso de sustancias.

Discusión y conclusiones: El caso ilustra la relación entre el consumo de THC y la exacerbación del trastorno afectivo bipolar. La suspensión del antipsicótico depot y el uso sostenido de cannabis fueron factores desencadenantes del episodio. El tratamiento combinado con estabilizador del ánimo y antipsicóticos atípicos resultó eficaz para la estabilización clínica. Este reporte refuerza la necesidad de estrategias de adherencia terapéutica y prevención del consumo de sustancias en pacientes bipolares. Su relevancia radica en evidenciar el impacto del cannabis en la evolución clínica y en la importancia del abordaje integral interdisciplinario.

Palabras clave: Cannabis, Psicosis, Trastorno Afectivo Bipolar

MANIFESTACIONES ATÍPICAS DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. UN FALSO TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Autores: Rubio Soto Maximiliano (1); Romero Sánchez Valeria (2) Mosso Campos Florencia (3) Neira Rojas Alexis (4)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Cerro Alto, Constitución (2) Médica General de Zona, CESFAM Quilaco, Quilaco (3) Médica General de Zona, Hospital de San Javier, San Javier (4) Médica Cirujana, CESFAM Constitución, Constitución

Introducción: El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) puede manifestarse con expresiones clínicas inusuales en personas con discapacidad intelectual, en quienes las respuestas somáticas y conductuales reemplazan la verbalización del trauma. En este contexto, síntomas digestivos o de la conducta alimentaria pueden confundirse con un Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA), especialmente ante una anamnesis limitada y escasa exploración del entorno familiar, retrasando el diagnóstico certero y, con ello, el abordaje psicoterapéutico y farmacológico oportuno.

Presentación del caso: Paciente femenina de 27 años con discapacidad intelectual leve y antecedente de seguimiento en COSAM Constitución por TCA entre 2020 y 2022, tratada solo con psicoterapia hasta su remisión clínica y egreso. Reingresó a controles en salud mental en atención primaria presentando regurgitación y dispepsia de aparición únicamente al visitar la casa materna, ausentes al convivir con su hermana. Refiriendo además ansiedad somática y onicofagia. Durante su seguimiento, en contexto de convivencia prolongada con su madre por ausencia temporal de hermana, presentó crisis de agitación con vómitos, donde reveló antecedente de violencia sexual infantil por un familiar materno que reside en el mismo domicilio. En atención aguda en urgencias de Hospital Constitución se planteó realizar ecografía abdominal, reaccionando con labilidad emocional desbordada al temer un embarazo, evidenciando pensamiento mágico vinculado al trauma. Estudio orgánico finaliza sin hallazgos relevantes. En análisis interdisciplinario previo a nueva gestión de consultoría se destaca pensamiento concreto y pueril, escamoteo ante preguntas y evitación del contacto visual con el evaluador. Tras presentación a COSAM, en evaluación con psiquiatría, se consolida diagnóstico de TEPT crónico, descartándose TCA primario. Se indica fluoxetina, valproato, risperidona y clotiazepam, con evolución favorable, disminución de ansiedad y cese de conductas eméticas.

Discusión y conclusiones: Este caso refuerza la importancia de realizar una anamnesis y examen mental exhaustivo en cuadros atípicos, especialmente ante somatizaciones en pacientes con discapacidad intelectual, donde la expresión del trauma puede adoptar formas conductuales o gastrointestinales. La ausencia de distorsión corporal apoyó el descarte de un TCA primario. El contexto ambiental y la confesión en crisis permitió reinterpretar el cuadro como TEPT. En APS, la exploración del entorno familiar es clave para una pesquisa diagnóstica oportuna.

Palabras clave: Ansiedad, Discapacidad Intelectual, Trauma Psicológico

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO - REPORTE DE CASO

Autores: Godoy Navarro Carolina (1); Mattamala Aravena Tomas (1) Valdés Castro Benjamín (1), Leiva Covarrubias Luna (2)
Afiliaciones: (1) Médico general de zona, Cesfam La Bandera, Santiago. (2) Interna de Medicina, Universidad de Santiago de Chile. Santiago.

Introducción: El síndrome de Klippel-Trenaunay (KTS) es una enfermedad congénita poco común, que se caracteriza por la tríada de malformaciones capilares, venosas y linfáticas, asociadas a hipertrofia ósea y de tejidos blandos. Su etiología se vincula principalmente a mutaciones somáticas en el gen PIK3CA, que generan una displasia vascular progresiva. La expresión clínica es variable y puede involucrar complicaciones funcionales, estéticas y tromboembólicas. El diagnóstico se basa en la correlación clínica e imagenológica, especialmente mediante resonancia magnética. El manejo requiere un enfoque multidisciplinario orientado al control sintomático y a la prevención de complicaciones, dada la ausencia de un tratamiento curativo definitivo.

Presentación del caso: Paciente femenina de 37 años de edad, sin antecedentes mórbidos conocidos, consulta en Marzo del año 2023 por calor local, fiebre y dolor asociado a angioma presente desde nacimiento en extremidad inferior derecha, nunca estudiado, cuadro fue manejado inicialmente como celulitis, persistiendo con síntomas, reconsulta en múltiples ocasiones a urgencia entre los años 2023-2024, por dolor intenso, aumento de volumen y eritema que iba in crescendo, por lo que se descarta trombosis venosa e isquemia arterial con angioTAC de extremidad inferior correspondiente. Al examen físico, extremidad inferior derecha con importante aumento de tamaño con flexión compensatoria, signo de la fóvea negativo, múltiples lesiones en parche violáceas que se extienden por toda la extremidad, con lesiones tipo “huevos de rana”, con venas superficiales y lesiones petequiales aisladas. Atendida por dermatología en diciembre del año 2023 quien confirma diagnóstico de síndrome de Klippel-Trenaunay.

Discusión y conclusiones: Hasta el momento no se dispone de datos precisos sobre la incidencia nacional de esta patología; no obstante, su conocimiento resulta fundamental para favorecer su sospecha clínica y prevenir sus posibles complicaciones. Aunque se trata de una entidad poco frecuente, puede comprometer seriamente la vida del paciente y deteriorar de manera significativa su calidad, especialmente cuando no es diagnosticada oportunamente.

Palabras clave: Enfermedad congénita, Malformaciones, Síndrome de Klippel-Trenaunay,

MANIFESTACIONES OFTÁLMICAS DE LA LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO CON PROTRUSIÓN OCULAR:

Autores: Viveros Cabezas Felipe (1); Rosales Luengo Antonia (2), Pizarro Bravo Pablina (3)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro comunitario de Salud Familiar Cerro Estanque, Tomé. (2) Médico General, Centro de Salud Familiar Doctor Alberto Reyes, Tomé. (3) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Doctor Alberto Reyes, Tomé.

Introducción: La leucemia aguda durante la infancia es una de las neoplasias más frecuentes en la edad pediátrica y se considera una emergencia oncohematológica que requiere un buen diagnóstico y manejo. Su clínica puede ser altamente variable, desde síntomas inespecíficos hasta manifestaciones extramedulares que dificultan su identificación precoz. El siguiente caso corresponde a un lactante menor de 9 meses previamente sana, que inicia con lesiones cutáneas pruriginosas y posteriormente desarrolla compromiso ocular progresivo, que finalmente revelaron un cuadro compatible con leucemia aguda de estirpe mieloide.

Presentación del caso: Lactante menor de 9 meses, previamente sana, consulta con cuadro de ptosis palpebral derecha y lesiones cutáneas de 1 semana de evolución. Posterior a múltiples consultas en servicio de urgencias, por persistencia de clínica y progresión a proptosis ocular se realiza tomografía axial de órbita con contraste que informa: “Masa orbitaria derecha con extensión a la fosa infratemporal ipsilateral, sin signos de destrucción ósea agresiva ni infiltración de estructuras vecinas, de aspecto neoplásico. Considerar una lesión linfoproliferativa en el diagnóstico diferencial”. Se hospitaliza en centro de referencia para manejo y estudio. Se determina diagnóstico de Leucemia Mieloblástica Aguda M5 con compromiso medular y extramedular (Mielosarcoma periorbitaria derecho y leucemia cutis), requiriendo quimioterapia de inducción y Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos. Se obtuvo consentimiento informado de madre.

Discusión y conclusiones: La leucemia aguda en lactantes puede tener manifestaciones extramedulares, como compromiso cutáneo y ocular, que pueden retrasar su diagnóstico. Este caso enfatiza la importancia de tener sospecha ante síntomas persistentes o atípicos y así complementar con estudios oportunos. La evaluación completa y la derivación temprana son fundamentales para confirmar el diagnóstico y optimizar el tratamiento, mejorando así el pronóstico del paciente. Este caso clínico pone de manifiesto la importancia del manejo integral de las enfermedades hematológicas malignas en pediatría.

Palabras clave: Lactante, Leucemia, Proptosis

MANIFIESTACIONES CLÍNICAS Y DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN CONTEXTO DE VIOLENCIA FAMILIAR:

Autores: Álvarez Vidal Catherine (1); Torres Rodríguez Ricardo (1) Palacios Pawahton Valentina (1) Soto García Javier (1)
Afiliaciones: (1) Médico general de zona, CESFAM Alhué, Alhué, RM.

Introducción: El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) secundario a trauma crónico y relacional frecuentemente se manifiesta con sintomatología compleja que puede simular otras entidades psiquiátricas. Este reporte presenta un caso de TEPT con síntomas disociativos graves y alta comorbilidad, destacando los desafíos del diagnóstico diferencial en Atención Primaria de Salud (APS).

Presentación del caso: Paciente femenina de 22 años, estudiante universitaria, con diagnóstico previo de Trastorno del Sueño. El historial familiar reveló un patrón de trauma intergeneracional, incluyendo psicopatología materna grave (depresión, consumo de sustancias, intentos de autolisis) y violencia intrafamiliar. La paciente refirió exposición a trauma crónico desde la infancia, asumiendo un rol de parentificación, encargándose del cuidado de su madre y hermanos, incluyendo vigilancia constante para prevenir el suicidio materno. La evaluación clínica identificó síntomas de intrusión (pesadillas recurrentes, pensamientos intrusivos de autolisis), hiperarousal (agresividad, impulsividad, estallidos de ira) y evitación. Destacó la sintomatología disociativa manifestada como desrealización y despersonalización, compatible con el Subtipo Disociativo del TEPT. Como estrategias de afrontamiento desadaptativas, presentó historial de autolesiones e intentos de autolisis en la niñez. Para modular su ansiedad e insomnio, reportó consumo de Cannabis de forma casi diaria. Se encontraba en tratamiento con polifarmacia indicada extrasistema (Venlafaxina, Risperidona, Quetiapina y Eszopiclona). Se obtuvo consentimiento informado para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: El caso ilustra la complejidad diagnóstica en APS. El diagnóstico diferencial resulta crucial: a diferencia del Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo, la clínica se centró en síntomas intrusivos y disociación, núcleo patognomónico del TEPT. La impulsividad y autolesiones podrían sugerir Trastorno de Personalidad, pero el trauma crónico y la parentificación apuntaron hacia TEPT Complejo con Subtipo Disociativo. El consumo de cannabis se interpretó como conducta de automedicación secundaria para manejar el arousal. Reconocer el Subtipo Disociativo es fundamental, ya que requiere estabilización previa y psicoterapia especializada del trauma, no respondiendo adecuadamente a tratamientos farmacológicos habituales. Se concluye que el cribado activo de historia traumática y síntomas disociativos en APS es esencial para evitar subdiagnóstico y abordajes inadecuados, optimizando las derivaciones a salud mental especializada.

Palabras clave: Despersonalización, Trastornos por Estrés Postraumático, Violencia Doméstica

MÁS ALLÁ DE LA DEPRESIÓN: DESPERSONALIZACIÓN COMO RESPUESTA ADAPTATIVA AL TRAUMA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Delgado Cabezas Juan (1); Schulten Solimano Katia (1), Rejón Andrade Andrés (2), Araujo Ballester Lisneidy (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Juan Cartes Arias, Lota. (2) Médico cirujano, CESFAM Dr. Juan Cartes Arias, Lota.

Introducción: La salud mental es un pilar fundamental dentro de la profesión médica. Cada año aumenta el número de consultas de esta índole, el trastorno de despersonalización-desrealización (TDD) es un diagnóstico poco común, estando en el 1% de la población general y corresponde a sensación persistente de desapego de uno mismo y de irrealidad sobre el mundo exterior. A menudo se asocia a eventos traumáticos en etapas tempranas y puede coexistir con trastornos del ánimo. La identificación adecuada de estos antecedentes es clave para orientar el diagnóstico y tratamiento, diferenciándolo de otras patologías psiquiátricas, como los trastornos psicóticos.

Presentación del caso: Mujer de 26 años consulta por desmotivación, ánimo bajo, abulia y anhedonia, se diagnostica episodio depresivo y se inicia tratamiento farmacológico. En controles posteriores se explora su historia vital, dónde destaca escasos recuerdos de su infancia, marcada por la separación de sus padres, múltiples relaciones extramaritales de su madre en el hogar y un episodio de abuso sexual. Estas experiencias desencadenaron un proceso adaptativo de defensa, la despersonalización como forma de evitar el afrontamiento emocional. Se evalúa caso en consultoría con psiquiatra planteando el diagnóstico de TDD secundario a trauma infantil, se decide iniciar psicoterapia como eje terapéutico principal, complementado con Vortioxetina, evolucionando favorablemente en las primeras sesiones.

Discusión y conclusiones: Muchas veces los trastornos del ánimo pueden esconder otros diagnósticos. Es por esto que el trabajo multidisciplinario se vuelve fundamental para poder realizar un buen enfoque diagnóstico y terapéutico centrado en las características psicopatológicas de nuestros pacientes. En este caso, reconocer la despersonalización como respuesta adaptativa al trauma facilita un tratamiento integral, orientado no solo al control sintomático, sino también a la reintegración emocional y funcional de la paciente.

Palabras clave: Trauma Psicológico, Trastornos de Despersonalización, Trastornos Depresivos.

MÁS ALLÁ DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: González Henríquez Juan Pablo (1); Astroza Suárez Sebastián Alfredo (2), Hernández Guajardo Pablo Andrés (3)
Afiliaciones: Médico General de Zona, CESFAM Edgardo Enríquez Frödden, Pedro Aguirre Cerda, Santiago. (2) Médico General de Zona, CESFAM Alberto Gyhra Soto, Quillón, Ñuble. (3) Médico General de Zona, CECOSF Cogoti 18, Combarbalá, Coquimbo

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) constituye una enfermedad de alta relevancia epidemiológica a nivel nacional y mundial. En 2023 presentó una tasa nacional de años de vida saludable perdidos (AVISA) de 3.128 por cada 100.000 habitantes y una prevalencia de 27,6% en adultos, según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. En la población de 15 a 24 años la prevalencia alcanza 0,7%, por lo que el diagnóstico en este grupo requiere estudio adicional para descartar causas secundarias.

Presentación del caso: Paciente masculino de 22 años, sin antecedentes mórbidos, Índice de Masa Corporal 31 y antecedente familiar de fallecimiento materno por evento cardiovascular a los 45 años. Fue derivado desde su trabajo a su centro de atención primaria (APS) para confirmación de HTA tras episodio de lipotimia y disnea de esfuerzo, con presión arterial de 169/104 mmHg. Refirió un episodio de síncope en ejercicio, sin pródromos, con electrocardiograma normal el mes previo y orina espumosa en los últimos seis meses. Negó cuadros infecciosos recientes. Examen físico destacaba edema leve de extremidades inferiores. Se realizó Holter de presión arterial, que confirmó HTA (145/100 mmHg, umbral 130/80 mmHg, dip nocturno presente). Los exámenes de laboratorio mostraron microalbuminuria 8.146, relación albuminuria-creatinuria 4.093, orina con 10-25 eritrocitos, cilindros hemáticos y 5-10 leucocitos por campo, creatinina sérica 1,23 mg/dL (sin valores previos). Electrolitos, perfil lipídico, hepático, hemograma, perfil tiroideo, glicemia y albúmina dentro de rangos normales. Fue derivado a nefrología, donde se evidenció hipocomplementemia C3, con serología viral, anticuerpos antinucleares y estudio de vasculitis negativos. Biopsia renal pendiente.

Discusión y conclusiones: La HTA es una patología frecuente, habitualmente manejada en APS y que generalmente no requiere derivación. Sin embargo, es fundamental reconocer signos y síntomas que orientan a una HTA de origen secundario. Las glomerulopatías presentan una amplia gama de manifestaciones, entre ellas HTA, microhematuria y proteinuria en rango nefrótico, como en este caso. La sospecha diagnóstica oportuna permite derivación precoz a nivel secundario, ya que algunas causas requieren intervenciones rápidas para evitar la progresión de estas a enfermedad renal crónica terminal y/o necesidad de trasplante.

Palabras clave: Hipertensión, hipertensión renal, proteinuria, glomerulonefritis

MAS ALLA DE LAS MENINGES: UN CASO DE ABSCESO PONTOCEREBELOSO SECUNDARIO A LISTERIA MONOCYTOGENES:

Autores: Pinto Bórquez Camila (1); Meza Saavedra Nicolás (2), Valderrama Vargas Carol (3).
Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, CESFAM Candelaria de Rosario, Copiapó. (2) Médico General de Zona, CESFAM Placeres, Valparaíso. (3) Médica General de Zona, CESFAM Llay Llay, Llay Llay.

Introducción: El absceso cerebral (AC) es una infección poco frecuente pero potencialmente mortal, caracterizada por una colección localizada de pus en el parénquima cerebral que evoluciona desde la cerebritis hasta la encapsulación. Su presentación clínica suele ser inespecífica, predominando cefalea, fiebre y déficit neurológico focal. Respecto a la etiología los abscesos secundarios a meningitis son infrecuentes (<7-10% de los casos). Los principales patógenos implicados incluyen estreptococos, estafilococos y anaerobios, con predilección por lóbulos frontales y temporales. El diagnóstico se basa en neuroimagen con contraste, y su tratamiento requiere antibioticoterapia empírica complementada con drenaje quirúrgico cuando es necesario.

Presentación del caso: Paciente masculino de 55 años con hipertensión arterial controlada consulta por una semana de fiebre, cefalea, debilidad e inestabilidad de la marcha. Ingresa hemodinámicamente inestable, con estrabismo convergente bilateral, nistagmo, desviación facial izquierda y rigidez de nuca. Se hospitaliza con diagnóstico de neuroinfección y recibe ampicilina endovenosa. Presenta Film Array: (+) Lysteria Monocitogenes, puncion lumbar con presencia de glucorraquia 43, proteinas 280, leucocitos 704, pH 7.95 y resonancia magnetica de encéfalo con en pedúnculo cerebeloso medio izquierdo con refuerzo anular irregular con contraste e hiperseñal en FLAIR. Durante la evolución persisten signos oculomotores alterados (estrabismo convergente bilateral mayor a izquierda, reflejo oculocefálico negativo, reflejo corneal positivo a derecha y negativo a izquierda no consensuado). Se mantiene completanto segundo ciclo de ampicilina y control evolutivo con resonancia magnética cada dos semanas.

Discusión y conclusiones: Los abscesos en la región pontocerebelosa secundaria a una meningitis representan una complicación infrecuente, pero de alto riesgo. Dada la localización posterior (cerebelo y tronco) plantea retos adicionales en el diagnóstico y manejo por su proximidad a vías vitales y dificultad para drenaje quirúrgico. La diseminación bacteriana desde el espacio subaracnoideo hacia el parénquima posterior puede ocurrir por extensión directa o vía hematógena, siendo Listeria monocytogenes y Streptococcus spp. los patógenos más implicados. Por lo tanto, se concluye que esta localización implica un desafío diagnóstico debido a la superposición clínica con la propia meningitis y realizar un abordaje multidisciplinario (neuroimágenes contrastadas precoz, antibióticos de amplio espectro e intervenciones neuroquirúrgica cuando están indicadas) es clave para reducir la morbimortalidad de los pacientes.

Palabras clave: Absceso Encefálico, Listeria Monocytogenes, Meningitis.

MÁS ALLÁ DEL ÁNIMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ESQUIZOFRENIA TRAS UN TRASTORNO DEPRESIVO

Autores: Cabrera Díaz Eduardo (1); Collío Gröner Jana (1), García Machuca Sophia (1), Quezada Pereira José Pablo (2)
Afiliaciones: (1) Médico, CESFAM A. Leocán Portus Govinden, Talcahuano. (2) Interno Medicina, U. San Sebastián, Sede Concepción

Introducción: La esquizofrenia es un desorden psiquiátrico comúnmente diagnosticado en la adultez temprana, que se caracteriza por la presencia de psicosis recurrente o crónica. Se manifiesta con síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes, desorganización), síntomas negativos, compromiso cognitivo y síntomas anímicos; generando así un gran impacto en la vida diaria del paciente. Los trastornos del ánimo y ansiosos son una comorbilidad frecuente en estos pacientes, llegando a presentarse en el 75% de los casos. Esto puede conducir a dificultades tanto en el diagnóstico etiológico como en el tratamiento precoz del cuadro psicótico.

Presentación del caso: Paciente masculino de 59 años, sin antecedentes mórbidos de relevancia, con diagnóstico de depresión en tratamiento. Al entrevistar al paciente presenta un discurso tangencial y por momentos circunstancial, cambiando de temática constantemente y siendo impreciso a la hora de dar a conocer hechos de su historia personal. Destaca pensamiento con ideas delirantes, especialmente de tipo persecución y daño, acompañadas, en menor medida, de ideas tipo nihilistas. Al consultar a la hermana del paciente, esta comenta que habría comenzado con estos relatos en agosto del 2023, no aparecen antecedentes de relevancia al consultar sobre hechos significativos o traumáticos durante este período. Posterior al descarte de causa orgánica y teniendo en cuenta que han transcurrido más de 6 meses desde la aparición de síntomas, se realiza el diagnóstico definitivo de esquizofrenia.

Discusión y Conclusiones: Este caso nos muestra un paciente en el cual se le realiza diagnóstico de esquizofrenia luego de consultar inicialmente por un trastorno del ánimo, siendo la sintomatología enmascarada por la presencia de este último. Ante la presencia de cuadros psicóticos en la adultez tardía el paciente debe ser estudiado, descartando patologías orgánicas y psiquiátricas de otra índole como la depresión psicótica. Sin embargo, la edad de presentación y la sintomatología depresiva no son excluyentes para el diagnóstico de esquizofrenia.

Palabras clave: Ánimo, Esquizofrenia, Psicosis

MÁS ALLÁ DEL DOLOR DE CRECIMIENTO: DIAGNÓSTICO DE OSTEOMA OSTEOIDE, REPORTE DE UN CASO:

Autores: Sanzana Cid Jorge (1); Möller Díaz Daniela Constanza (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de zona, Cesfam Melipeuco, Melipeuco, Araucanía.

Introducción: El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno frecuente en la población pediátrica. A pesar de su naturaleza benigna, su diagnóstico puede ser complejo, ya que sus manifestaciones clínicas y radiológicas pueden simular diversas patologías, desde procesos infecciosos como la osteomielitis hasta neoplasias malignas. Una presentación atípica, sin el clásico dolor nocturno que cede a los antiinflamatorios no esteroidales (AINES), exige un cuidadoso diagnóstico diferencial.

Presentación del caso: Se presentó un paciente pediátrico con cuadro de dolor en la pierna izquierda de aproximadamente un año de evolución, el cual generaba limitaciones durante la actividad física intensa o deportes de contacto. Inicialmente fue atribuido a dolores asociados al crecimiento, sin embargo no cedía ante reposo ni AINES. Al examen físico, no se observaron deformidades óseas ni aumento de volumen, pero se gatilló dolor a la palpación profunda de la tuberosidad tibial izquierda. Se solicitó radiografía de rodilla en proyecciones anteroposterior y lateral la cual reveló una imagen sugerente de quiste óseo en la tuberosidad de la tibia, con aparente reacción perióstica. Evaluado por la especialidad de traumatología infantil, se realizó tomografía axial computarizada (TAC), confirmando diagnóstico de osteoma osteoide. Se obtuvo el consentimiento informado de los tutores legales para la publicación del caso.

Discusión y conclusiones: La combinación de dolor crónico y una imagen lítica con reacción perióstica en un paciente pediátrico obliga a considerar un amplio espectro de patologías. La principal entidad a diferenciar es la osteomielitis subaguda (absceso de Brodie), que puede presentarse de forma similar. Asimismo, se puede considerar una fractura por estrés, cuyo engrosamiento cortical reactivo puede asemejar la esclerosis de una lesión tumoral. Aunque menos probable por la ausencia de signos de agresividad, neoplasias malignas como el sarcoma de Ewing o el osteosarcoma deben ser descartadas. Se concluye que, ante hallazgos clínicos y radiográficos ambiguos para un osteoma osteoide, es fundamental no subestimar el cuadro. La recomendación es proceder con estudios de imagen avanzados, como TAC, que posee una alta sensibilidad para identificar el nido patognomónico y confirmar el diagnóstico, permitiendo diferenciarlo de otras condiciones y guiar el tratamiento definitivo.

Palabras clave: BONE NEOPLASMS, OSTEOMA, PAIN

MÁS ALLÁ LO CLÁSICO DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ. SUPERPOSICIÓN DE VARIANTES ATÍPICAS, UN DESAFÍO PARA LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA.

Autores: Cabrera Pincheira Karen (1); Madrid Cifuentes Bastián (1), Bascuñán Monsalves Gerardo (1), Puentes Millao Javier (1).
Afiliaciones: (1) Médico Cirujano, Hospital Familiar y Comunitario de Carahue, Carahue, Región de La Araucanía, Chile.

Introducción: El Síndrome de Guillain Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía aguda inmunomediada caracterizada por debilidad muscular simétrica ascendente y arreflexia. En casos severos puede comprometer la deglución y respiración. Existen variantes atípicas aisladas o sobrepuestas, que representan un desafío diagnóstico donde la sospecha clínica permite derivación y tratamiento oportuno.

Presentación del caso: Varón de 75 años, sin antecedentes. Consultó en hospital de baja complejidad por cuadro de 16 hrs de debilidad facial unilateral con parestesia. Con el examen neurológico se concluyó parálisis facial periférica, y compromiso oculomotor externo derecho, por lo que fue evaluado en centro de mediana complejidad con Tomografía (TC) de cerebro resultando normal. Evoluciona al día siguiente con disfagia, parestesias distales, debilidad en extremidades inferiores dificultando su marcha de manera autónoma e imposibilidad de la apertura ocular bilateral. Al examen físico paciente hipertenso, oculomotilidad conservada, ptosis bilateral, arreflexia, cefaloparesia M4, fuerza de extremidades M4+ con marcha asistida. Resto normal. Se rescató antecedente de cuadro respiratorio autolimitado previo. Se sospechó SGB y se derivó a neurología, donde se confirmó el diagnóstico e inició tratamiento con inmunoglobulina IV 2 mg/ kg/ día. Análisis de Líquido cefalorraquídeo: Células: 3 leucocitos mm3. Proteínas: 301 mg/L. Albúmina 14.9 mg/dL. Glucosa: 56 mg/dL. Cultivo: negativo. Panel respiratorio: SARS-COV-2 detectado. Estuvo hospitalizado en Unidad de Paciente Crítico, con buena evolución a la rehabilitación motora y fonoaudiológica, sin requerimientos de intubación. Se solicitó consentimiento para reporte de caso.

Discusión y conclusiones: Se presenta caso poco habitual con superposición clínica de variantes del SGB, con coexistencia de características de variante Miller Fisher (MSF), Faringo-cervicobraquial (FCB) y Diparesia facial con parestesias (DPF). En la literatura se han descrito casos con presentación clínica similar asociados a SARS-CoV-2. Este caso refuerza la comprensión del SGB como un espectro clínico inmunomediado amplio y dinámico y a su vez refuerza el enfoque diagnóstico ante presentaciones atípicas. Los elementos semiológicos -oftalmoplejia inicial, arreflexia, disfagia y diparesia facial- fueron claves para sospechar el diagnóstico, derivación y tratamiento oportuno.

Palabras clave: Polirradiculopatía, Síndrome de Guillain-Barré, Síndrome de Miller Fisher.

MÁS QUE UNA PARÁLISIS FACIAL, DIAGNÓSTICO DE RAMSAY HUNT EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores: Vacarezza Armendariz, Antonia (1); Bielenberg Izquierdo, Germán (1), Césped Castañeda, Cristóbal (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Comunitario de Tiltil, Tiltil, Santiago.

Introducción: El síndrome de Ramsay Hunt es una complicación poco frecuente del virus varicela-zóster (VVZ). Esto puede ocurrir dado que este agente, luego de su primera infección, se aloja en los ganglios de nervios espinales y craneales. Un factor estresante es suficiente para permitir la reactivación y replicación del virus (1).

Presentación del caso: Acude al Servicio de Urgencias del Hospital Comunitario de Tiltil, un paciente masculino por un cuadro de 1 semana de evolución de erupción en hemirostro derecho que se extiende hacia la región cervical y que recientemente se agrega dolor en el pabellón auricular. Al examen físico se evidencian lesiones vesiculares confluentes en tres regiones del lado derecho: preauricular, mejilla y cervical, de techo ulcerado y algunas con costra melicérica. A la inspección del pabellón auricular se evidencian en el canal auditivo externo (CAE) lesiones de similares características. Al evaluar el compromiso muscular en relación con nervio facial, se evidencia asimetría leve con caída de la comisura labial ipsilateral y sutil ptosis palpebral. El paciente refiere haber presentado varicela en la infancia. Con esto se sospecha un Síndrome de Ramsay Hunt y se inicia tratamiento con aciclovir y prednisona. Al control de los 10 días, el paciente presentaba total regresión de las vesículas, sin dolor, al control al mes de tratamiento el paciente recupera simetría y movilidad facial.

Discusión y conclusiones: El tratamiento del síndrome de Ramsay Hunt es motivo de controversia dado que guías clínicas recientes recomiendan el uso combinado de corticoides y antivirales (2). Sin embargo existe una revisión sistemática de Cochrane que relata que al menos el uso de antivirales en este cuadro no tendría impacto significativo en su mejoría (3). Sigue siendo un tema de discusión, pero finalmente la terapia actual se basa en la recomendación de expertos dado que el uso de corticoides sistémicos ayudaría a la desinflamación y recuperación del nervio, disminuyendo las complicaciones posherpéticas, y el uso de antivirales ayudaría a disminuir las lesiones faciales (4). En este caso, hubo un desarrollo favorable de la enfermedad al utilizar terapia combinada, por lo que podría respaldarse su uso en la práctica clínica.

Palabras clave: Herpes Zóster Ótico, Parálisis Facial, Síndrome de Ramsay Hunt.

MASA ANEXIAL Y SANGRADO UTERINO EN MUJER POSTMENOPÁUSICA CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA MUCINOSO DE OVARIO:

Autores: Viveros Cabezas Felipe (1); Rosales Luengo Antonia (2), Pizarro Bravo Pablina (3)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro comunitario de Salud Familiar Cerro Estanque, Tomé. (2) Médico General, Centro de Salud Familiar Doctor Alberto Reyes, Tomé. (3) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Doctor Alberto Reyes, Tomé.

Introducción: El sangrado uterino en mujeres postmenopáusicas constituye un signo clínico de alarma que requiere una evaluación exhaustiva, dado que puede estar asociado a patologías benignas, premalignas o malignas del tracto genital. Entre las causas ginecológicas más relevantes se encuentran los tumores de origen ovárico, cuya incidencia aumenta con la edad y cuya presentación clínica suele ser inespecífica, lo que retrasa su diagnóstico. Se presenta el caso de una paciente de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo e hipoacusia, que consulta por sangrado genital intermitente de seis meses de evolución.

Presentación del caso: Mujer de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo e hipoacusia, en contexto de control de salud refiere sangrado uterino intermitente de 6 meses de evolución. Se deriva a matrona para evaluación donde se evidencia sangrado activo por orificio cervical externo. Posteriormente en policlínico ginecología se solicita tomografía axial de abdomen y pelvis con contraste donde se evidencia gran masa sólido-quística anexial derecha que mide 20,1 por 16,7 por 9,6 cm en sus ejes craneocaudal, transverso y anteroposterior respectivamente, de aspecto maligno; asociado a masa renal derecha que mide 8,1 por 8,3 por 7,3 cm en sus ejes respectivos. En comité oncológico se indica cirugía oncológica por ginecología primero, luego evaluación por urología. En biopsia definitiva de ovario derecho se determina carcinoma mucinoso invasor y tumor mucinoso borderline. Caso clínico con consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: El sangrado uterino postmenopausia es un signo de alarma que motiva un estudio exhaustivo. Este caso demuestra la importancia de realizar un manejo multidisciplinario para optimizar las decisiones terapéuticas, especialmente en personas mayores y con comorbilidades. Por otro lado, la presencia de una masa renal simultánea requiere estudio adicional para descartar una segunda neoplasia primaria. Este caso clínico pone de manifiesto la importancia del manejo integral de las enfermedades ginecológicas malignas en personas mayores.

Palabras clave: Carcinoma, Hemorragia, Neoplasia

MEDIASTINITIS SECUNDARIA A ACCESOS DE TOS INTENSA EN NEUMONÍA BACTERIANA GRAVE POR STREPTOCOCCUS PYOGENES: REPORTE DE CASO

Autores: Godoy Flores Manuel (1); Portilla Rojas Marcelo (1); Vergara Serrano Lucas Vicente (2); Guajardo Cáceres Benjamín Nicolás (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Santa Elisa, San José de la Mariquina, Mariquina. (2) Estudiante de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia.

Introducción: La mediastinitis no traumática constituye una complicación infrecuente pero grave de las infecciones pulmonares. En ocasiones puede originarse por la diseminación de microorganismos a través de planos tisulares debilitados o por microdesgarros alveolares secundarios a accesos de tos persistente e intensa. Este fenómeno, descrito como mediastinitis espontánea o por barotrauma, puede observarse en pacientes jóvenes previamente sanos y requiere un alto índice de sospecha clínica.

Presentación del caso: Paciente masculino de 21 años, con antecedente de asma y alergia a penicilinas y cefazolina, sin otras comorbilidades relevantes. Consultó por cuadro febril asociado a tos intensa y persistente de varios días, recibiendo claritromicina ambulatoria sin mejoría. Reingresó con fiebre alta, taquicardia e hipotensión, diagnosticándose shock séptico de origen pulmonar. La tomografía computada (TC) de tórax mostró neumonía basal izquierda y derrame pleural bilateral leve. Se inició tratamiento con ceftriaxona y azitromicina, posteriormente ajustado a vancomicina y piperacilina-tazobactam por evolución tórpida, y finalmente a levofloxacino y clindamicina según recomendación de infectología Durante la hospitalización presentó accesos de tos muy intensa y dolor retroesternal progresivo. Una nueva TC de tórax evidenció signos de mediastinitis y aumento del derrame pleural bilateral. Se realizó toracocentesis y pleurostomía bilateral, obteniendo líquido de características exudativas. Los cultivos respiratorios y hemocultivos revelaron crecimiento de Acinetobacter junii y Streptococcus pyogenes, confirmando infección mixta. La diseminación mediastínica se atribuyó al aumento repetido de la presión intratorácica inducida por la tos. Evolucionó favorablemente, con resolución clínica y sin requerir ventilación mecánica ni drogas vasoactivas al alta. Consentimiento informado firmado.

Discusión y conclusiones: La mediastinitis secundaria a accesos de tos intensa es una complicación excepcional en pacientes sin traumatismo torácico. En este caso, la tos repetitiva habría generado microdisrupciones alveolares que facilitaron la extensión bacteriana hacia el mediastino. Su diagnóstico precoz y el manejo multidisciplinario permitieron un resultado favorable. Este caso enfatiza la importancia de considerar la mediastinitis como diagnóstico diferencial en cuadros respiratorios graves con dolor torácico o respuesta clínica inadecuada.

Palabras clave: Mediastinitis, Neumonía bacteriana, Tos intensa, Streptococcus pyogenes, Barotrauma.

MELANOMA ACRAL PLANTAR MALIGNO COMO CAUSA INUSUAL DE SÍNDROME CONSUNTIVO EN ADULTO MAYOR. A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Bascuñán Monsalves Gerardo 1).; Puentes Millao Javier (1), Romero Anriquez Karina (1), Cabrera Pincheira Karen (1).
Afiliaciones: (1) Médico cirujano, Servicio de Urgencias, Hospital familiar y comunitario de Carahue, Carahue, Región de la Araucanía, Chile.

Introducción: El melanoma acral lentiginoso es una variante infrecuente del melanoma cutáneo, predominante en zonas acrales y más frecuente en poblaciones con fototipos oscuros. Su diagnóstico suele retrasarse debido a su localización en áreas de difícil observación y a la similitud con lesiones benignas o úlceras crónicas. Presentamos el caso de una paciente geriátrica en estudio por síndrome consuntivo, en quien se identificó incidentalmente una lesión plantar de aspecto neoplásico confirmándose melanoma acral ulcerado e infiltrante.

Presentación del caso: Mujer de 92 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y demencia. En estudio prolongado por síndrome consuntivo sin causa clara. Durante la evaluación médica se objetivó lesión eritematosa sobreelevada de 3×2 cm en la planta del pie izquierdo inicialmente interpretada como úlcera de pie diabetico, que evoluciona mal a curaciones. En controles posteriores se describe lesión exofítica de aspecto neoplásico, por lo que se deriva a cirugía. Especialidad solicita biopsia por sospecha de melanoma. Posteriormente se efectuó biopsia excisional de la lesión plantar, cuyo informe mostró compromiso hasta hipodermis y fascia, nivel V de Clark y espesor Breslow de 19 mm, confirmando infiltración profunda. Paciente evolucionó con pérdida parcial del injerto, curaciones avanzadas domiciliarias. Se mantuvo seguimiento ambulatorio. No se documentó progresión metastásica durante el seguimiento de 12 meses. Hija de la paciente autorizó reporte de caso clínico.

Discusión y conclusiones: El melanoma acral representa menos del 5 % de los melanomas cutáneos, pero se asocia a mayor mortalidad debido al diagnóstico tardío y profundidad al momento de la detección. En adultos mayores, especialmente con comorbilidades o deterioro cognitivo, la presentación puede confundirse con úlceras diabéticas, lesiones traumáticas o procesos infecciosos. El melanoma acral plantar debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas crónicas en pies, especialmente en pacientes diabéticos o con síntomas sistémicos inespecíficos. Su detección precoz puede modificar el pronóstico incluso en edades avanzadas.

Palabras clave: Melanoma acral, Pie diabético, Síndrome consuntivo, Úlcera del pie.

MELANOMA SPITZOIDE Y LA IMPERATIVA DISTINCIÓN DEL NEVO DE SPTIZ, REPORTE DE UN CASO

Autores: Möller Díaz, Daniela Constanza (1); Sanzana Cid, Jorge (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de zona, Cesfam Melipeuco, Melipeuco, Araucanía.

Introducción: El Nevo de Spitz (NS) es una lesión melanocítica que representa un significativo desafío diagnóstico en dermatología, especialmente en la población pediátrica y adolescente, debido a su gran semejanza clínica, dermatoscópica e histopatológica con el melanoma spitzoide (MSp). En dermatoscopia, el NS convencional muestra poca o ninguna pigmentación y un patrón vascular punteado con o sin la llamada red inversa.

Presentación del caso: Paciente, sexo femenino, de 12 años, sin antecedentes oncológicos familiares, consultó por una lesión cutánea en el muslo derecho de aproximadamente 18 meses de evolución. Inicialmente, una pápula eritematosa, de 5 mm, que fue diagnosticada clínicamente como NS con posterior seguimiento. En los últimos 3 meses, la lesión presentó crecimiento acelerado hasta 8 mm, desarrollo de pigmentación irregular y bordes mal definidos. La dermatoscopia reveló la pérdida del patrón simétrico, mostrando un patrón multicomponente atípico, con áreas de velo blanco-azulado, glóbulos irregulares y líneas radiadas asimétricas. Se derivó a dermatología y se procedió a la escisión quirúrgica. El estudio histopatológico reportó una proliferación melanocítica atípica con pleomorfismo nuclear, alto índice mitótico, ausencia de maduración en profundidad e infiltración dérmica, confirmando un Melanoma Spitzoide. Se solicitó consentimiento informado para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: El espectro biológico de las lesiones spitzoides puede ir del NS benigno al MSp. En la adolescencia, el melanoma se comporta de forma más similar al adulto, haciendo imprescindible la escisión de lesiones con cambios. El crecimiento rápido y los criterios de atipia dermatoscópica fueron los elementos clave para reclasificar la conducta de vigilancia a quirúrgica. La gestión de estas lesiones requiere un enfoque multidisciplinario y la integración de la clínica, la dermatoscopia y la histopatología, para garantizar un adecuado manejo y pronóstico más favorable.

Palabras clave: MELANOMA, NEVUS, SKIN NEOPLASMS

MENINGITIS POR VIRUS VARICELA ZOSTER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Nicolás Espinoza T. (1); Ceidy Silva F. (1) Matías Encina M. (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Santo Tomás de Limache, Valparaíso, Chile

Introducción: La infección primaria por virus varicela zoster (VVZ) produce varicela, que se caracteriza por lesiones vesiculares sobre una base eritematosa en diferentes etapas de desarrollo; las lesiones se concentran principalmente en la cara y el tronco. El herpes zóster resulta de la reactivación del VVZ latente que accedió a los ganglios sensoriales durante la varicela. El herpes zóster se caracteriza por una erupción vesicular unilateral y dolorosa, que suele presentarse en uno o dos dermatomas contiguos. Un subgrupo de pacientes inmunocompetentes con herpes zóster desarrolla meningitis aséptica clínicamente evidente; la punción lumbar suele confirmar una pleocitosis intensa en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y una concentración elevada de proteínas. La mayoría de los pacientes presentarán una erupción cutánea al momento del diagnóstico, aunque en algunos casos, esta puede aparecer después del inicio de la meningitis.

Presentación del caso: Paciente de 54 años de edad se presenta en servicio de urgencias con cuadro de 3 días de evolución de aumento de volumen periorbicular izquierdo, asociado a dolor, lesiones cutáneas vesiculares y fotofobia, ademas presencia de vesiculas en paladar duro y mucosa oral. Sin cambios de conducta, cefalea, fiebre, compromiso de conciencia o convulsiones. Al examen de ingreso sin focalidad neurologica. sin compromiso corneal, se decide realizar punción lumbar en la que destaca proteinorraquia, pleocitos de predominio mononuclear y reacción en cadena de polimerasa (PCR) para VVZ positivo. Se inicia corticoides orales y aciclovir endovenoso con buena respuesta y mejoría clínica sintomatica de las lesiones sin manifestaciones neurológicas al examen físico.

Discusión y conclusiones: Ciertos pacientes con herpes zóster presentarán manifestaciones oculares, óticas o neurológicas, el VVZ puede causar meningitis aséptica en pacientes con o sin lesiones cutáneas típicas. Estos pacientes podrían requerir terapia intravenosa o prolongada. Además, los glucocorticoides adyuvantes podrían ser útiles en ciertas afecciones. Se debe administrar aciclovir intravenoso a pacientes con complicaciones neurológicas en las que la replicación viral probablemente desempeñe un papel importante. Es probable que el VVZ sea una etiología infradiagnosticada de meningitis, ya que solo el 1,2 % de los pacientes con meningitis aséptica se someten a una PCR de VVZ en LCR.

Palabras clave: Herpes Zóster, Meningitis Aséptica, Varicela.

METÁSTASIS VAGINAL COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE CÁNCER

Autores: Arantxa Gorigoitía Sielfeld (1); Miranda Ocara Vargas (2); Prado Kittel Trinidad (3)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Placeres, Valparaíso. (2) Médico General de Zona, CESFAM Jean y Marie Thierry, Valparaíso. (3) Médico General de Zona, CESFAM Plaza Justicia, Valparaíso.

Introducción: El carcinoma de células renales (CCR) representa cerca del 2–3% de los tumores malignos en adultos y se caracteriza por su comportamiento impredecible y su capacidad de metastatizar a sitios inusuales. Las metástasis más comunes comprometen pulmón, hueso, hígado y cerebro; sin embargo, la afectación del tracto genital femenino es excepcional. Las metástasis vaginales secundarias a CCR son infrecuentes y, en la mayoría de los casos, se presentan en pacientes con diagnóstico previo de cáncer renal. Su aparición como manifestación inicial es extremadamente rara y puede confundirse con lesiones ginecológicas primarias, lo que retrasa el diagnóstico y el manejo adecuado.

Presentación del caso: Paciente de 77 años que consultó en atención primaria por un síndrome anémico ferropénico. Durante la anamnesis dirigida refirió metrorragia y sensación de aumento de volumen vaginal. Al examen ginecológico se observó una masa de aproximadamente 3 × 2 cm, de consistencia pétrea, adherida a la pared vaginal lateral derecha, que impedía la introducción del espéculo. Ante estos hallazgos, la paciente fue derivada a nivel secundario, donde se realizó biopsia de la lesión. El estudio histopatológico, complementado con tomografía computarizada, permitió establecer el diagnóstico de metástasis vaginal secundaria a un carcinoma renal primario.

Discusión y conclusiones: Las metástasis vaginales como forma de presentación inicial del carcinoma de células renales son extremadamente raras. En la mayoría de los casos, la diseminación se produce por vía hematógena, a través del plexo venoso renal y uterino. Su similitud con lesiones ginecológicas primarias dificulta el diagnóstico, que requiere un alto índice de sospecha y confirmación histopatológica. En este caso, los estudios inmunohistoquímico e imagenológico fueron determinantes para identificar el origen renal de la lesión y orientar el manejo. Este caso destaca la importancia de considerar causas extragenitales ante masas vaginales atípicas, especialmente en mujeres posmenopáusicas, y de realizar una evaluación integral que permita un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado.

Palabras clave: Carcinoma de células renales, Metástasis vaginal, Neoplasias renales

MIALGIA, EL INICIO DE UNA ENDOCARDITIS, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Vásquez Gaete Javiera (1); Pérez González Felipe (2) Quilaqueo Fernández Carolina (3)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Posta Salud Rural Valle El Frío, Villa Santa Lucía, Chaitén (2) Médico General de Zona, Posta Salud Rural Buill, Buill, Chaitén (3) Médico General de Zona, CECOSF Ayacara, Ayacara, Chaitén

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad cardiovascular grave cuya evolución y pronóstico dependen del diagnóstico y tratamiento oportunos. Aunque clásicamente se presenta con fiebre, soplos cardíacos y síntomas constitucionales, su cuadro clínico puede ser variable y manifestarse de forma inespecífica, lo que retrasa la sospecha y el abordaje diagnóstico. Entre estos síntomas atípicos, la mialgia ha sido descrita como una manifestación inicial poco reconocida.

Presentación del caso: Masculino de 61 años con hipotiroidismo y enfermedad renal crónica, quien consultó en posta rural por mialgia generalizada de inicio matutino, sin otros síntomas acompañantes, que mejoró parcialmente con analgésicos endovenosos. Posteriormente, reconsultó por persistencia del malestar, asociado a fiebre y taquicardia. Fue derivado al Hospital de Chaitén, donde los exámenes de laboratorio revelaron elevación de parámetros inflamatorios y alteraciones en el perfil hepático, por lo que se sospechó hepatitis aguda y se indicó traslado al Hospital de Palena para observación. Durante la hospitalización, los estudios virales de hepatitis resultaron negativos, pero un hemocultivo tomado previamente resultó positivo para Staphylococcus aureus meticilino sensible. Ante este hallazgo, el paciente fue derivado al Hospital de Puerto Montt para estudio y manejo especializado. Al ingreso, se identificó lesión compatible con una lesión de Janeway en un dedo de la mano derecha, lo que orientó hacia el diagnóstico de EI. El ecocardiograma transesofágico evidenció una vegetación de 2x3 milimetros en la válvula aórtica, sin repercusión funcional significativa. Se inició tratamiento antibiótico dirigido, con buena respuesta clínica y microbiológica, negativización de hemocultivos y mejoría progresiva. Tras estabilización, se indicó alta con hospitalización domiciliaria y seguimiento ambulatorio en cardiología.

Discusión y conclusiones: Este caso destaca la mialgia como un síntoma inicial relevante en la endocarditis infecciosa, capaz de preceder a los signos clásicos y generar confusión diagnóstica con infecciones virales o cuadros reumatológicos. Su reconocimiento, especialmente en pacientes con comorbilidades o factores de riesgo, debe motivar una evaluación dirigida con hemocultivos y ecocardiografía, permitiendo una detección más temprana. En conclusión, la identificación precoz de mialgia en el contexto clínico adecuado puede contribuir de manera decisiva a reducir el retraso diagnóstico y mejorar el pronóstico de la EI.

Palabras clave: Antibióticos, Cultivo de sangre, Endocarditis, Mialgia

MIASTENIA GRAVIS REFRACTARIA: EL ROL DE LOS ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD20. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Madrid Cifuentes Bastián Ignacio (1); Rojas de la Maza Antonieta Elisa (1), Cabrera Pincheira Karen Paola (1), Bascuñán Monsalve Gerardo Ignacio (1)
Afiliaciones: (1) Médico General. Hospital Familiar Y Comunitario De Carahue, Carahue. Servicio De Urgencias.

Introducción: La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmunitaria de la unión neuromuscular causada por anticuerpos dirigidos contra componentes postsinápticos, principalmente los receptores de acetilcolina (AChR-Ab). Otros anticuerpos implicados son los anti-MuSK y anti-LRP4. Clínicamente se manifiesta por debilidad muscular fatigable que afecta musculatura ocular, bulbar, cervical o proximal de extremidades. Se considera refractaria cuando no hay mejoría o existe empeoramiento en la escala de la Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA), pese al uso adecuado de corticoides y al menos dos inmunosupresores, o cuando se presentan efectos adversos a estos medicamentos. La incidencia mundial de MG varía entre 0,3 y 2,8 por 100.000 habitantes. En Chile, la prevalencia estimada es cercana a 2 por 100.000 habitantes. La forma refractaria afecta al 10–15% de los pacientes.

Presentación del caso: Mujer de 26 años con MG bulbar diagnosticada en 2024, AChR-Ab positivo, con disfagia severa, gastrostomía e insuficiencia respiratoria recurrente. En tratamiento con Piridostigmina, Prednisona y Azatioprina. Consulta por disnea y compromiso de conciencia. Se constata taquipnea, uso de musculatura accesoria y saturación 90%; se realiza intubación orotraqueal y traslado a hospital de mayor complejidad. Recibe inmunoglobulina intravenosa por 5 días sin respuesta. En el Hospital Regional de Temuco se ajusta la Piridostigmina (60–90–60–90 mg) y se suspende azatioprina. Se solicita anticuerpo anti-MuSK (pendiente) y estudios prebiológicos negativos relevantes. Se administra rituximab 1 g, con evolución favorable: recuperación del lenguaje, mejoría de la función velopalatina, fuerza M5 en las cuatro extremidades y reflejos vivos simétricos. Se da de alta y continua sus atenciones por especialista. Se pide consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: La MG bulbar o generalizada puede ser grave si no recibe tratamiento oportuno. Un 10–20% de los pacientes son refractarios a la terapia convencional. En estos casos, el Rituximab; anticuerpo monoclonal anti-CD20, ha demostrado eficacia del 50–70%, logrando remisiones clínicas y reducción de hospitalizaciones. El uso de agentes biológicos como el Rituximab representa una alternativa efectiva y segura para el manejo de la miastenia gravis refractaria.

Palabras clave: Anticuerpos monoclonales, Miastenia gravis, Rituximab.

MIELITIS TRANSVERSA ASOCIADA A INFLUENZA A EN PACIENTE ADULTO MAYOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Isidora Godoy Ortega (1); Vicente Bravo Ovando (2) Laura Hinostroza Fuentes (3) Florencia Thiers Shibar (4)

Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, Hospital de Pichidegua, Pichidegua (2) Interno de Medicina Universidad Austral de Chile Campus Clínico Osorno (3) Médica General de Zona, Hospital de Queilen, Queilen (4) Médica General de Zona, Hospital de San Javier, San Javier

Introducción: La mielitis transversa (MT) es un síndrome inflamatorio de la médula espinal caracterizado por disfunción motora, sensitiva y autonómica, secundaria a daño medular segmentario. Sus posibles etiologías incluyen causas desmielinizantes, autoinmunes, infecciosas y metabólicas. Las formas infecciosas representan una minoría de los casos, siendo la asociación con influenza A infrecuente, especialmente en pacientes adultos mayores. La temporalidad, extensión y contexto clínico son determinantes en el proceso diagnóstico.

Presentación del caso: Paciente femenina de 83 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 mal controlada, dislipidemia, insuficiencia cardíaca y obesidad. Consultó por cuadro de tres días de evolución caracterizado por dolor en flanco derecho, hipoestesia y paraparesia progresiva de extremidades inferiores, con nivel sensitivo dorsal y alteración esfinteriana, asociado a síntomas respiratorios altos de misma temporalidad. Ingresó normotensa, febril, con examen neurológico que evidenció paraparesia asimétrica (M3-M5 derecha, M4-M5 izquierda) y nivel sensitivo a T8. Scanner de cerebro y columna sin hallazgos relevantes. Con diagnóstico de síndrome medular subagudo se hospitalizó en la unidad de neurología para manejo. Ante la sospecha inicial de origen vascular, se indicó aspirina. Resonancia magnética de columna reveló lesión hiperintensa longitudinal compatible con mielitis transversa desde C6 a T3. Se realizó extenso estudio que descartó causas autoinmunes, metabólicas, paraneoplásicas e infecciosas, dando positivo solo influenza A en el panel respiratorio. Se inició tratamiento antiviral con oseltamivir y posteriormente bolos de metilprednisolona por cinco días, logrando mejoría neurológica tanto motora como sensitiva. Se egresa con neurorrehabilitación integral.

Discusión y conclusiones: En pacientes adultos mayores, el abordaje de un síndrome medular debe orientarse por la temporalidad y el contexto clínico, priorizando etiologías compresivas y vasculares, más prevalentes en este grupo. No obstante, las causas inflamatorias e infecciosas también deben considerarse. Las mielitis asociadas a influenza constituyen complicaciones neurológicas poco frecuentes, descritas tanto durante la infección como tras la vacunación, generalmente con un patrón longitudinal extenso y concomitancia respiratoria. Este caso destaca la importancia de integrar la correlación clínica y radiológica para un diagnóstico oportuno. La respuesta favorable a corticoides apoya un origen inflamatorio y resalta el valor de un manejo precoz para mejorar el pronóstico funcional.

Palabras clave: Mielitis Transversa, Paraparesia, Virus de la Influenza A

MIOPATÍA INFLAMATORIA INDUCIDA POR ESTATINAS EN PACIENTE SIN COMORBILIDADES: RELEVANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA TEMPRANA:

Autores: Cortez Aravena Melwin (1); Soto López Francisca (2), Romero Ulriksen Josefa (3), Jury Salinas Osvaldo (4)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Departamento de salud municipal Tucapel, Tucapel. (2) Médico General de Zona, CESFAM Paulina Avendaño, Talcahuano, Concepción. (3) Médico General de Zona, Hospital Clorinda Avello de Santa Juana, Santa Juana. (4) Médico General de Zona, Hospital Doctor Roberto Muñoz Urrutia, Huépil, Tucapel.

Introducción: Las estatinas constituyen uno de los grupos farmacológicos más prescritos en atención primaria por su eficacia en la reducción del colesterol y sus efectos pleiotrópicos beneficiosos. Aunque su perfil de seguridad es ampliamente reconocido, pueden producir efectos musculares que van desde mialgias leves hasta cuadros severos de miopatía inflamatoria, estos últimos infrecuentes. El reconocimiento oportuno de tales complicaciones resulta esencial, especialmente en pacientes sin comorbilidades ni factores de riesgo, considerando el uso extendido de estos fármacos en la práctica médica. El presente caso describe una miopatía inflamatoria grave asociada al uso de estatinas en un paciente previamente sano, destacando la importancia de la sospecha clínica y del diagnóstico precoz en atención primaria.

Presentación del caso: Paciente masculino de 47 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos relevantes, usuario de atorvastatina 20 mg diarios durante dos años, con buena tolerancia inicial. Presentó debilidad muscular progresiva de predominio proximal, manifestada por dificultad para levantarse desde la silla y realizar actividades cotidianas, evolucionando hacia tetraparesia, fatiga y disfagia. Consultó en el servicio de urgencias, siendo derivado a nivel secundario para estudio. En exámenes de ingreso destacó creatinkinasa (CK) superior a 25.000 Unidades/Litro y anticuerpos anti- 3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A reductasa positivos. En base al antecedente de uso prolongado de estatinas y cuadro clínico compatible, se diagnosticó miopatía inflamatoria autoinmune secundaria a estatinas. Se indicó suspensión del fármaco, inició tratamiento con corticoides orales y rehabilitación kinésica, observándose disminución progresiva de CK y mejoría clínica lenta pero sostenida.

Discusión y conclusiones: Las miopatías inflamatorias asociadas al uso de estatinas representan un desafío diagnóstico relevante, especialmente en el contexto de la atención primaria, donde estos fármacos se prescriben de manera habitual. La mayoría de los efectos musculares por estatinas son leves, aunque la miopatía inflamatoria autoinmune es rara y potencialmente grave. La importancia de este caso radica en la identificación precoz de estos cuadros, dado que su presentación clínica puede solaparse con síntomas inespecíficos y con otras causas de debilidad muscular. Este caso enfatiza la importancia de mantener un alto índice de sospecha frente a manifestaciones musculares inusuales en pacientes tratados con estatinas, incluso en ausencia de factores predisponentes.

Palabras clave: Debilidad muscular, Estatinas, Miopatía inflamatoria

MIOPATÍA NECROSANTE INMUNOMEDIADA ASOCIADA A USO PROLONGADO DE ESTATINAS: REPORTE DE CASO

Autores: Flores Espinoza Javiera (1); Vergara Espina Vanesa (1), Allende González Mirla (2), Ogaz Contreras Gonzalo (3)
Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, CESFAM Las Cabras, Las Cabras, Región de O'Higgins, Chile (2) Médica General de Zona, CESFAM concejal Gavino Martínez Maturana, Rengo, Región de O'Higgins, Chile (3) Médico General de Zona, CESFAM Lo Miranda, Doñihue, Región de O'Higgins, Chile

Introducción: Las estatinas son fármacos ampliamente utilizados en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares, ampliamente indicados en la Atención Primaria de Salud (APS). Pese a ser seguros y eficaces, en pocos casos pueden provocar complicaciones musculares que van desde mialgias leves hasta cuadros graves como la miopatía necrosante inmunomediada (IMNM). La IMNM es una miopatía autoinmune rara, caracterizada por debilidad proximal simétrica y elevación de la Creatina Cinasa (CK), asociada a la presencia de anticuerpos anti-HMG-CoA reductasa. Su incidencia es 2 a 3 casos por cada 100000 usuarios de estatinas, con mayor riesgo en mayores de 50 años. El diagnóstico y tratamiento oportunos son claves para reducir el impacto funcional y mejorar el pronóstico.

Presentación del caso: Se obtuvo consentimiento informado para publicar el caso de una mujer de 65 años, con antecedentes de diabetes mellitus, dislipidemia, hipotiroidismo. En controles de APS recibe indicación de atorvastatina desde 2012. En 2024 manifiesta debilidad progresiva en ambas extremidades inferiores, asociado a dificultad para integrarse y levantarse, hasta requerir silla de ruedas. Ingresa a centro de alta complejidad para estudio. Evaluada por neurología, se solicitan exámenes complementarios, los que informaron anticuerpos anti-HMG-CoA reductasa positivos y electromiografía con cambios miopáticos moderados a severos, de distribución simétrica y predominio proximal. Se diagnostica IMNM asociada a uso prolongado de estatinas. Se suspende el fármaco e inician ciclos de metilprednisolona, además de tratamiento ambulatorio con rituximab, con buena respuesta. Actualmente mantiene controles ambulatorios con neurología. Presenta biparesia proximal M4 en extremidades superiores y M5 en inferiores, lo que le ha permitido retomar progresivamente sus actividades cotidianas.

Discusión y conclusiones: La IMNM inducida por estatinas es una entidad poco frecuente, pero potencialmente incapacitante. El diagnóstico se basa en historia clínica compatible (con síntomas que varían su inicio desde 2 meses hasta 10 años luego del inicio del fármaco), electromiografía y serología autoinmune. Concordante con el aumento de eventos cardiovasculares, las estatinas son ampliamente indicadas. La exposición de este caso clínico nos invita a tener presentes las complicaciones asociadas a este fármaco para su manejo oportuno.

Palabras clave: Estatinas, Miopatía Necrosante Inmunomediada, Anticuerpos anti-HMG-CoA Reductasa

MOMIFICACIÓN DE LA EXTREMIDAD INFERIOR EN PACIENTE GERIÁTRICO: UN DESAFÍO EN EL MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Badilla Alfaro Macarena (1); Ambiado Pérez Montserrat (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Contulmo, Contulmo

Introducción: La necrosis de extremidades es una complicación grave relacionada con la isquemia, que se presenta con mayor frecuencia en pacientes geriátricos con comorbilidades crónicas. En el contexto de Atención Primaria de Salud (APS), el manejo de estos casos presenta desafíos clínicos, éticos y emocionales, especialmente cuando las decisiones sobre la intervención médica dependen de la autonomía del paciente.

Presentación del caso: Paciente masculino de 94 años con antecedentes de insuficiencia renal crónica (ERC III), hipertensión arterial (HTA), dislipidemia (DLP) e insuficiencia venosa crónica. El 24 de octubre de 2023, consultó por dolor súbito en la extremidad inferior derecha (EID), con hipoestesia, frialdad y abolición de pulsos pedio y tibial. Se diagnosticó embolia arterial de pierna derecha, indicándose amputación supracondílea, la cual fue rechazada por el paciente, quien solicitó alta voluntaria. El 31 de octubre de 2023, en visita domiciliaria, se evidenció cianosis distal, necrosis en los dedos de la EID y ausencia de pulsos distales. Se inició tratamiento conservador con curaciones semanales en el hogar del paciente. A pesar de la necrosis seca progresiva, el paciente mantuvo adherencia al tratamiento y su evolución fue estable.

Discusión y conclusiones: Este caso subraya la importancia de respetar la autonomía del paciente geriátrico al momento de tomar decisiones sobre su tratamiento, aun cuando las opciones quirúrgicas pueden ofrecer un mejor pronóstico a corto plazo. El manejo conservador con seguimiento domiciliario permitió una intervención respetuosa de sus deseos, optimizando la calidad de vida en un contexto de riesgo. Además, resalta el papel crucial de la APS y del trabajo multidisciplinario en el manejo de enfermedades crónicas avanzadas y el cuidado paliativo. Se recomienda evaluar cuidadosamente los riesgos y beneficios de las intervenciones quirúrgicas, priorizando siempre el bienestar y las decisiones del paciente.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Necrosis de Extremidad Inferior, Paciente Geriátrico

MÚLTIPLES QUISTES EPIDÉRMICOS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CUTÁNEA DE SÍNDROME DE GARDNER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Estrada Scheihing, Catalina Alejandra (1); García Muñoz, Isabella Antonia (2) García Guzmán, Paula Valentina (3) Sapunar Valencia, Nicolás Andrés (4)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Belloto Sur, Quilpué, Valparaíso. (2) Interna de medicina, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile, Santiago. (3) Interna de medicina, Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile, Santiago. (4) Médico becado Dermatología, Universidad de Chile, Santiago.

Introducción: El síndrome de Gardner es una genodermatosis rara, de herencia autosómica dominante, considerada una variante fenotípica de la poliposis adenomatosa familiar (PAF). Su prevalencia mundial se estima entre 1 en 8 000 y 1 en 14 000 nacidos vivos, sin datos epidemiológicos chilenos publicados. Se caracteriza por la tríada de poliposis intestinal, osteomas y lesiones cutáneas como quistes epidérmicos, lipomas o fibromas. El diagnóstico se establece mediante la identificación de múltiples pólipos adenomatosos colorrectales, hallazgos extracolónicos característicos y confirmación genética de mutación en el gen Adenomatous Polyposis Coli (APC) . El manejo incluye colectomía profiláctica, vigilancia endoscópica y control multidisciplinario. Desde el punto de vista dermatológico, el tratamiento es principalmente quirúrgico de las lesiones sintomáticas o inflamadas, junto con educación y seguimiento preventivo. La detección precoz en atención primaria es esencial para evitar la progresión maligna y coordinar la derivación oportuna.

Presentación del caso: Mujer de 27 años, con antecedentes de quistectomias múltiples en cuero cabelludo durante la infancia, por lesiones diagnosticadas como quistes sebáceos. En la adolescencia y adultez temprana presentó reaparición progresiva de nódulos subcutáneos en cuero cabelludo, cuello y espalda. A los 19 años, ante la recurrencia y multiplicidad de lesiones, se derivó a dermatología, donde se planteó síndrome de Gardner. La colonoscopía reveló poliposis colorrectal difusa con más de cien pólipos, algunos con displasia de alto grado. Se identificaron osteomas en maxilar y mandíbula mediante radiografía panorámica, además de quistes epidérmicos diseminados. En 2019 se efectuó colectomía total con anastomosis ileorrectal, confirmándose PAF. Actualmente presenta recidiva de quistes, incluyendo uno cervical gigante en estudio quirúrgico, bajo seguimiento multidisciplinario incluyendo genética.

Discusión y conclusiones: El síndrome de Gardner representa un desafío diagnóstico en el nivel primario. La presencia de quistes o lipomas múltiples debe alertar al médico general sobre una posible genodermatosis hereditaria. La sospecha y derivación oportuna permiten identificar la poliposis antes de su transformación maligna. Este caso resalta el rol esencial del médico general como primer observador y coordinador del abordaje integral, destacando la importancia del control dermatológico continuo, el manejo quirúrgico adecuado y la educación del paciente frente a manifestaciones cutáneas inusuales.

Palabras clave: Gardner, Genodermatosis, Poliposis adenomatosa familiar, Quistes epidérmicos

MUTACIÓN DE GEN RYR1 ASOCIADO A SUSCEPTIBILIDAD A HIPERTERMIA MALIGNA EN PACIENTE CON MIALGIAS:

Autores: Carrasco Delgado Diego (1); Tamaya Cerda Martín (2), Martínez Venegas Javier (3), Aburto Bustos Carolina (4)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Yobilo, Coronel (2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar San Felipe El Real, San Felipe (3) Médico General de Zona, Hospital San Antonio de Putaendo, Putaendo (4) Médico Cirujana, Centro de Salud Familiar Yobilo, Coronel

Introducción: El gen RYR1 codifica el canal de rianodina tipo 1, principal vía de liberación de calcio del retículo sarcoplásmico en el músculo esquelético. Las mutaciones en este gen generan alteraciones en la homeostasis del calcio, asociándose a un espectro de miopatías congénitas, entre ellas la enfermedad multiminicore, la miopatía centronuclear y la susceptibilidad a hipertermia maligna1. Esta última constituye una entidad potencialmente fatal ante exposición a anestésicos desencadenantes o esfuerzo físico extremo. Se presenta el caso de una paciente portadora de una mutación RYR1 probablemente patogénica, identificada tras un episodio de rabdomiólisis.

Presentación del caso: Paciente femenina de 30 años, con antecedentes de trombosis venosa profunda en extremidad inferior izquierda en dos ocasiones, consultó por dolor muscular generalizado. No se encontraba bajo tratamiento farmacológico. Tras un primer egreso con diagnóstico de hiperCKemia secundaria a ejercicio intenso, reconsultó por persistencia de elevación de creatin-kinasa (CK) y se hospitalizó en el Hospital de Coronel bajo diagnóstico de rabdomiólisis en estudio. Durante su evaluación por neurología no se objetivó debilidad categórica ni compromiso neurológico agudo. El panel autoinmune orientado a descartar miositis resultó negativo. Luego de una semana de hospitalización, la paciente normalizó los valores de CK y fue dada de alta para completar estudio ambulatorio. La resonancia magnética corporal mostró signos de distrofia muscular y neuropatía de Baxter izquierda. Se realizó panel genético neuromuscular, que identificó la variante RYR1 c.14209C>T (p.Arg4737Trp), clasificada como probablemente patogénica y asociada a susceptibilidad a hipertermia maligna autosómica dominante2. Actualmente, la paciente se mantiene con controles periódicos de CK, sin requerir terapia específica.

Discusión y conclusiones: El dolor muscular es un motivo frecuente de consulta en atención primaria3, donde su etiología puede ser subestimada. Este caso destaca la importancia de considerar causas genéticas ante hiperCKemias persistentes o rabdomiólisis sin causa aparente. Las mutaciones en RYR1 plantean desafíos diagnósticos por su variabilidad fenotípica y el acceso limitado a estudios moleculares. La identificación de esta variante aporta a la comunidad científica al promover la discusión sobre la necesidad de diagnóstico genético precoz y educación preventiva, especialmente en contextos con recursos limitados.

Palabras clave: CANAL LIBERADOR DE CALCIO RECEPTOR DE RIANODINA, MIALGIA, MUTACIÓN

NEUMOENCÉFALO TARDÍO POSQUIRÚRGICO. UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN CONTEXTO INSULAR

Autores: Díaz de Rodríguez Aguad Elena (1).; Gallardo Portius Bastián (2), Morales Herrera Ana María (1), Arias Manzor José Ignacio (3).
Afiliaciones: (1) MGZ, Hospital Hanga Roa, Rapa Nui, V región, Chile. (2) Médico General de Zona, Hospital Hanga Roa, Rapa Nui, V región, Chile. (3) Médico General, Servicio de Urgencias, Hospital Hanga Roa, Rapa Nui, V región, Chile.

Introducción: El neumoencéfalo es la presencia patológica de aire intracraneal. En su forma tardía postquirúrgica suele obedecer a fístulas osteomeníngeas frontobasales persistentes. En entornos de baja complejidad no suele haber disponibilidad de estudios confirmatorios como resonancia magnética (RM) cisternográfica o β2-transferrina. Se presenta un caso de neumoencéfalo extenso, diagnosticado mediante anamnesis dirigida y tomografía computada (TC) en el Hospital Hanga Roa, ilustrando la capacidad resolutiva mediante juicio clínico y la correlación imagenológica.

Presentación del caso: Mujer de 56 años, rapanui, con antecedente de resección de meningioma frontal del surco olfatorio izquierdo en 2014. Consulta en urgencias, por cefalea holocránea intensa, progresiva y postural de una semana de evolución y rinorrea unilateral de líquido claro hace un día. Al ingreso hemodinámicamente estable, afebril y sin déficit neurológico. Sin elevación de parámetros inflamatorios. Se solicita TC de encéfalo sin contraste, evidenciando un neumoencéfalo extenso con cambios postquirúrgicos frontales izquierdos e hipodensidad frontal; ventrículos de tamaño normal, sin colecciones extradurales. Se plantea como diagnóstico etiológico una fístula de líquido cerebroespinal (LCE) posquirúrgica. Se hospitalizó y manejó de forma conservadora; posición semi-Fowler, oxigenoterapia normobárica de alta FiO_2 y evitar maniobras de valsalva. Se trasladó diferidamente a un centro neuroquirúrgico para confirmación y cierre definitivo de comunicación dural, que fue realizado sin incidentes.

Discusión y conclusiones: El neumoencéfalo tardío secundario a fístula osteodural es una complicación infrecuente tras resección de tumores de base anterior. Su fisiopatología combina pérdida crónica de LCE con gradiente de presión negativo y ocasionalmente mecanismo valvular unidireccional que facilita atrapamiento aéreo a través de un defecto frontobasal persistente. En este caso, la tríada clínico-radiológica (cefalea ortostática, rinorrea acuosa unilateral y neumoencéfalo) permitió sospechar con alta probabilidad una fístula osteomeníngea aun sin exámenes confirmatorios especializados. El tratamiento definitivo del neumoencéfalo recurrente posquirúrgico exige cerrar la comunicación dural, independientemente del tamaño del defecto. Las opciones incluyen abordaje endoscópico transnasal (de elección), drenaje o trepanación en casos a tensión y craneotomía bifrontal en recidivas extensas. El manejo conservador solo es eficaz si la fístula cierra espontáneamente. Este caso refuerza la importancia de la intervención temprana y del juicio clínico-radiológico en zonas rurales extremas, donde el diagnóstico oportuno evita complicaciones neurológicas graves.

Palabras clave: Cefalea, Fístula de líquido cefalorraquídeo, Neumoencéfalo, Salud rural, Tomografía computarizada.

NEUMONÍA ASOCIADA A VIRUS VARICELA ZÓSTER: LA RELEVANCIA DE LA SOSPECHA TEMPRANA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: García-Huidobro Harcha Antonia (1); Bozo Contreras Carolina Paz (2), Fuentes Vásquez Sandra Nicole (2), Medina Willer Francisca Paola (2).
Afiliaciones: (1) Médico EDF, CESFAM Bellavista, La Florida, Santiago. (2) Médico general, CESFAM Bellavista, La Florida, Santiago.

Introducción: La neumonía por virus varicela zóster (VVZ) es una complicación infrecuente pero potencialmente grave de la varicela, particularmente en adultos. Su presentación puede confundirse con infecciones respiratorias comunes, dificultando el diagnóstico en centros de atención primaria sin acceso a pruebas confirmatorias. El reconocimiento clínico oportuno y la derivación precoz son determinantes para evitar complicaciones severas.

Presentación del caso: Mujer de 21 años, puérpera de seis semanas, sin antecedentes mórbidos, consultó en atención primaria por fiebre de cuatro días, tos productiva, mialgia generalizada y lesiones cutáneas diseminadas de tipo eritematosas, flictenulares y costrosas, dolorosas al tacto. Al examen físico presentaba temperatura de 38,4 °C, saturación O_2 98 %, frecuencia respiratoria 20 rpm y crépitos finos en base pulmonar izquierda. Se diagnosticó varicela con sospecha de neumonía asociada y fue derivada al Servicio de Urgencia donde se ingresa para evaluación.

Durante la hospitalización refirió disnea de reposo, presentando exantema multiforme con lesiones en pápulas, pústulas y costras generalizado compatible con infección por VVZ. En los exámenes complementarios, la tomografía axial computarizada (TAC) de tórax evidenció una neumopatía multifocal, sugerente de etiología inflamatoria-infecciosa. El panel molecular respiratorio (FilmArray) resultó negativo para los siguientes agentes: adenovirus, coronavirus (229E, HKU1, NL63, OC43 y SARS-CoV-2), rinovirus/enterovirus, metapneumovirus, influenza A y B, parainfluenza tipos 1 a 4, virus sincicial respiratorio, Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis, Chlamydophila pneumoniae y Mycoplasma pneumoniae. Ante la imposibilidad de confirmar etiología por laboratorio y la alta sospecha clínica de neumonía por VVZ, se inició tratamiento con aciclovir endovenoso y monitorización. La paciente evolucionó favorablemente, con mejoría respiratoria y cutánea, siendo dada de alta con aciclovir oral y broncodilatadores inhalados. Consentimiento informado obtenido para uso de información clínica anonimizada.

Discusión y conclusiones: La neumonía por VVZ debe considerarse en adultos con lesiones vesiculares y síntomas respiratorios. En contextos donde no existe disponibilidad de pruebas específicas, la sospecha clínica fundamentada y la derivación temprana permiten iniciar tratamiento antiviral precoz, reduciendo la morbimortalidad. Este caso resalta la relevancia del juicio clínico en atención primaria y la coordinación entre niveles asistenciales frente a enfermedades infecciosas potencialmente graves y de diagnóstico limitado.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Neumonía Viral, Infección por el Virus de la Varicela-Zóster.

NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO EN PACIENTE POLICONSULTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO PESQUISADO EN ATENCIÓN PRIMARIA:

Autores: Schuller Martínez Matías Ángel (1); Delgado Alcalde Cecilia Pilar (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Placilla, Valparaíso. Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso.

Introducción: En atención primaria se atienden predominantemente patologías de carácter ambulatorio; sin embargo, es fundamental reconocer aquellos casos que podrían requerir una evaluación más exhaustiva. En particular, los pacientes policonsultantes que acuden por el mismo motivo, deben considerarse como señal de alerta durante la valoración clínica.

Presentación del caso: Se presenta caso, con previo consentimiento informado, de masculino de 26 años, sin mórbidos, fumador, que consulta en servicio de urgencias por dolor dorsal derecho súbito posterior a esfuerzo físico. Tras no ser atendido en primera instancia, consulta en servicio de atención primaria de urgencias donde se diagnóstica contractura muscular y es enviado a domicilio con antiinflamatorios y relajantes musculares. Por persistencia de síntomas consulta nuevamente, esta vez, en consulta médica de atención primaria. Siendo el quinto día de síntomas, mantiene dorsalgia intensa, tos seca y dolor torácico con tope inspiratorio. Hemodinamia estable. Saturación normal. Al examen físico destaca murmullo pulmonar abolido en todo el hemicampo pulmonar derecho. Se deriva al servicio de urgencias por sospecha de neumotórax espontáneo primario (NEP), donde se confirma diagnóstico por radiografía de tórax y se instala pleurostomía. Estudio posterior evidencia bulas apicales derechas. Durante hospitalización se realiza apicectomía y pleurodesis, con evolución favorable al alta.

Discusión y conclusiones: El NEP es aquel que ocurre de forma no traumática y sin patología pulmonar subyacente. Más común en varones jóvenes, delgados y fumadores. Su principal factor de riesgo es el tabaquismo. Su etiología se asocia a la presencia de bulas o vesículas (“bleebs”) pulmonares que se rompen de forma espontánea. Su cuadro clínico característico es disnea y dolor torácico de tipo pleurítico (hasta un 90%), de inicio súbito o gradual según velocidad de desarrollo y tamaño del neumotórax. Se puede acompañar de tos seca o síncope, sin embargo, hasta un 10% es asintomático. La alta prevalencia de patologías osteomusculares, el mecanismo de origen y localización del dolor descrito del caso expuesto, eran factores confundentes al enfrentamiento inicial. Sin embargo, frente a un paciente que re-consulta por el mismo motivo, obliga a realizar una evaluación exhaustiva para no pasar por alto patologías que, si bien son raras, pueden ocurrir y tener un desenlace potencialmente grave.

Palabras clave: Pneumothorax, Back Pain, Primary Health Care

NEUMOTORAX SECUNDARIO A NEUMONIA ASOCIADA DE LA COMUNIDAD A PROPOSITO DE UN CASO

Autores: Ahués Pérez Nicolás (1); Prado Yáñez Francisca (1), Khamg Osorio Marcela (1), Pizarro Hojas Sebastián (1).
Afiliaciones: (1) Medico General de Zona, Hospital 21 de mayo, Taltal

Introducción: La neumonía comunitaria es una de las infecciones respiratorias que más a menudo se presenta en la población infantil y una razón habitual para ir a los servicios de urgencia. Usualmente, se presenta con tos productiva, fiebre, disnea y la utilización de músculos accesorios. No obstante, estos síntomas pueden ser indicativos de otras enfermedades, como el neumotórax; por lo tanto, no se debe atribuir únicamente a la neumonía todo cuadro respiratorio. Se describe a continuación el caso clínico de una paciente escolar con neumotórax como consecuencia de una neumonía.

Presentación del caso: Bajo Autorización firmada de la cuidadora legal de la paciente, se permite presentar el caso clínico. Escolar femenino de 9 años, sin antecedentes mórbidos, que acude al servicio de urgencias del Hospital 21 de mayo con un cuadro de cuatro días de evolución caracterizado por tos productiva, disnea y fiebre persistente pese al uso de AINES. Bajo sospecha de neumonía, se solicita radiografía de tórax y exámenes inflamatorios, los cuales muestran condensación en el lóbulo apical e inferior izquierdos y elevación de parámetros inflamatorios. Se decide hospitalizar para manejo con antibióticos, broncodilatadores y kinesioterapia respiratoria. A los dos días, la paciente muestra una evolución inicial favorable, pero con posterior quiebre clínico con mayor dificultad respiratoria, uso de musculatura accesoria y desaturación a pesar recibir oxigenoterapia. Se realiza ecografía de tórax bedside, evidenciándose ausencia de deslizamiento pleural, hallazgo compatible con neumotórax, lo que se confirma con una nueva radiografía. Se coordina traslado al Hospital Regional de Antofagasta para manejo especializado. Allí, la paciente se estabiliza sin requerir punción evacuadora y finalmente es dada de alta sin secuelas. Se descarta tuberculosis como causa del neumotórax.

Discusión y conclusiones: Este caso pone de relieve que no se debe restringir el diagnóstico solamente a neumonía cuando los síntomas clínicos lo indican. El neumotórax puede ocurrir de manera secundaria y poco común, particularmente en situaciones de infección como la tuberculosis.

Palabras clave: Neumonía Bacteriana, Neumotórax, Ultrasonografía.

NEURITIS ÓPTICA UNILATERAL EN PACIENTE JOVEN, REPORTE DE CASO:

Autores: Villavicencio Donoso Diego Andrés (1); Appelgren Neira Roberto (1)
Afiliaciones: (1) Médico EDF, Hospital de Fresia, Región de Los Lagos, Chile. (2) Médico EDF, CESFAM Tongoy, Región de Coquimbo, Chile (3) Interna de medicina, Universidad Católica de Chile, Región metropolitana, Chile.

Introducción: La neuritis óptica es una inflamación aguda del nervio óptico que cursa con pérdida visual subaguda y dolor ocular, especialmente con la oculomotilidad. Frecuente en adultos jóvenes, puede corresponder al primer evento desmielinizante de una esclerosis múltiple. En urgencias el abordaje debe orientarse a confirmar el diagnóstico y descartar causas secundarias mediante resonancia magnética.

Presentación del caso: Paciente masculino de 33 años, sin antecedentes mórbidos, farmacológicos ni alérgicos relevantes. Consultó por 12 horas de disminución progresiva de la agudeza visual en ojo izquierdo, descrita como "una mancha central que fue creciendo hasta tapar la vista". Tres horas previas al ingreso inició con dolor ocular tipo puntada, irradiado a la región temporal ipsilateral, sin fiebre ni otros síntomas acompañantes.
Al examen destacaba ojo izquierdo con enrojecimiento superficial, reflejo fotomotor conservado, rojo pupilar conservado y marcada limitación de la oculomotilidad por intenso dolor. La agudeza visual estaba severamente disminuida, logrando cuenta dedos a un metro de distancia. Se evidenció alodinia hemifacial izquierda, sin déficit motor ni sensitivo.
Se planteó diagnóstico diferencial entre cefalea en racimos y neuritis óptica. Tras analgesia y oxígeno al 100%, cedió el dolor en reposo, persistiendo la baja visual y el dolor a la oculomotilidad, por lo que se decidió traslado a hospital base por sospecha de neuritis óptica para estudio y manejo especializado.

Discusión y conclusiones: La combinación de pérdida visual aguda y dolor a la oculomotilidad constituye un signo de alarma que debe ser reconocido en atención primaria como una urgencia neuro-oftalmológica. La identificación del defecto pupilar aferente relativo (DPAR) es un hallazgo clínico clave, aunque poco reconocido por médicos generales. Su pesquisa orienta tempranamente la sospecha diagnóstica incluso antes de disponer de estudios complementarios. La derivación inmediata permite confirmar el diagnóstico y descartar enfermedad desmielinizante, principalmente esclerosis múltiple. El tratamiento con metilprednisolona endovenosa en dosis altas acelera la recuperación visual, aunque no modifica el pronóstico a largo plazo, lo que justifica la premura en la derivación a un servicio especializado. Este caso enfatiza el rol del médico general en la identificación de síntomas y signos clave, así como en la coordinación oportuna del estudio especializado para un diagnóstico temprano.

Palabras clave: Neuritis óptica, Dolor ocular, Pérdida de la agudeza visual, Corticoides, Reflejo pupilar

NEUROFIBROMA CUTÁNEO EN PACIENTE RURAL INICIALMENTE DIAGNOSTICADO COMO QUELOIDE, DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN TELEMEDICINA Y ATENCIÓN PRIMARIA RURAL

Autores: Torres Rosas Juan Pablo (1); Lara López Sebastián Eliseo (2); Rodríguez Godoy Guillermo Alberto (3)

Afiliación: 1) Médico General de Zona, CESFAM Isla Apiao, Apiao, Chiloé. 2) Médico General de Zona, Hospital de Achao, Achao, Chiloé. 3) Médico General de Zona, CECOSF San José De la Dehesa, Ovalle

Introducción: Los neurofibromas son tumores benignos de origen neural que pueden confundirse con lesiones cicatriciales como los queloides, especialmente sin acceso inmediato a dermatología. En contextos ultra-rurales, las barreras geográficas, económicas y tecnológicas pueden retrasar el diagnóstico y generar dependencia de telemedicina, donde la semiología visual puede inducir a error clínico.

Presentación del caso: Paciente femenina de 78 años, residente de Isla Alao, con acceso limitado a centros de salud. Presentó lesión nodular en región esternal, tercio medio, de dos años de evolución, crecimiento progresivo y prurito leve. La paciente demoró la consulta por barreras geográficas y socioeconómicas. En controles sucesivos, la lesión fue diagnosticada repetidamente como queloide, tanto en atención primaria como en interconsulta por Hospital Digital, indicándose clobetasol tópico, sin mejoría. La lesión continuó aumentando de tamaño, lo que motivó nueva consulta. Dada la falta de respuesta terapéutica, evolución prolongada y persistencia sintomática, se gestionó derivación para biopsia pese a las limitaciones logísticas del territorio insular. El estudio histopatológico confirmó neurofibroma, orientando a diagnóstico de neurofibromatosis. Se reforzó seguimiento clínico y educación. Consentimiento informado obtenido.

Discusión y conclusiones: Este caso destaca el sesgo de anclaje y la dificultad diagnóstica en APS rural y telemedicina. La apariencia cicatricial, evolución lenta y contexto sin alarmas sistémicas favorecieron la interpretación inicial de queloide. Sin embargo, la refractariedad al corticoide, la progresión y la persistencia pese a teleconsulta justificaron insistir en biopsia, la cual fue crucial para establecer el diagnóstico correcto. En zonas rurales, la teledermatología es valiosa, pero no sustituye la sospecha clínica evolutiva, el seguimiento y la insistencia diagnóstica. El diagnóstico oportuno en territorios aislados exige vigilancia clínica, perseverancia y mirada crítica frente a diagnósticos previos.

Palabras clave: Neurofibroma, Neurofibromatosis Tipo 1, Queloide, Salud Rural, Telemedicina, Diagnóstico Diferencial.

NEURONITIS VESTIBULAR, DIAGNÓSTICO CLÍNICO DIFERENCIAL EN SERVICIO DE URGENCIA DE BAJA COMPLEJIDAD

Autores: Menzel Soto, Karin Angélica (1); Tapia Arredondo, Jasmín Andrea (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Santo Tomás de Limache, Limache. (2) Médica Cirujana, Docente adjunta Universidad Andrés Bello, Viña del Mar

Introducción: La neuronitis vestibular es una causa frecuente de vértigo periférico agudo, originada por inflamación del nervio vestibular, probablemente de etiología viral. Se caracteriza por vértigo súbito, intenso y prolongado, sin hipoacusia ni síntomas neurológicos focales. El principal desafío diagnóstico es diferenciarla del accidente cerebrovascular del territorio vertebrobasilar, que puede simular un cuadro similar. En servicios de urgencia de baja complejidad, el diagnóstico clínico cuidadoso y la aplicación del examen HINTS son herramientas de gran valor para orientar el manejo sin recurrir a estudios de imagen innecesarios.

Presentación del caso: Paciente masculino de 41 años, con antecedente de hipotiroidismo sin tratamiento, consulta por inicio súbito de mareos y sensación de desmayo mientras realizaba actividad habitual. Al examen físico: hemodinámicamente estable, Glasgow 15, sin fiebre ni signos meníngeos. Examen neurológico con pares craneales normales, reflejos osteotendíneos conservados, fuerza 5/5 en las cuatro extremidades. Se observa nistagmo horizontal inagotable, sin desviación ocular ni signos de dismetría. El test HINTS resultó 0/3 (reflejo vestibuloocular alterado, nistagmo unidireccional, test de skew negativo), compatible con vértigo periférico. Se manejó con hidratación y antieméticos, evolucionando con resolución completa de los síntomas. En control posterior se confirmó diagnóstico de neuronitis vestibular.

Discusión y conclusiones: El vértigo agudo aislado representa un reto diagnóstico frecuente en urgencias. Su diagnóstico diferencial incluye causas centrales como el accidente cerebrovascular de fosa posterior. El examen clínico detallado, en especial el test HINTS, posee mayor sensibilidad que la tomografía computarizada en la detección precoz de eventos isquémicos. En este caso, la ausencia de signos focales y el patrón de nistagmo periférico permitieron descartar compromiso central y evitar estudios innecesarios. La adecuada valoración neurológica posibilitó un manejo ambulatorio seguro y resolución completa del cuadro.

Palabras clave: Neuronitis Vestibular, Vértigo, Diagnóstico Diferencial, Examen Neurológico.

NO NOS OLVIDEMOS DE LA LISTERIA. A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Hernández Galdames Juan (1); Fernández Fernández Sofía (2); Valdez López Ignacio (3); Sánchez Zenteno Eduardo (4).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Collipulli, Collipulli. (2) Médico General de Zona, Hospital Dr. Dino Stagno Maccioni, Traiguén. (3) Médico Cirujano, Hospital de Collipulli, Collipulli (4) Médico General de Zona, Hospital de Licantén, Licantén.

Introducción: La listeriosis es una infección infrecuente pero potencialmente mortal, causada por Listeria monocytogenes (LM). Su principal vía de transmisión es el consumo de alimentos contaminados. Generalmente afecta a personas mayores e inmunocomprometidas. Un grupo especial de riesgo son pacientes embarazadas, con 20 veces más riesgo de contraer la infección.

Presentación del caso: Primigesta, 24 años, sin antecedentes mórbidos, cursando embarazo de 18+2 semanas. Consultó en urgencia obstétrica por 2 días de cefalea, fiebre y mialgias. Ingresó levemente taquicárdica y febril (38°C). Al examen físico general y obstétrico sin hallazgos de importancia. Se indicó paracetamol endovenoso. Exámenes de laboratorio sin alteración, test rápido viral negativo. Buena respuesta clínica, alta con medidas generales. Reconsultó pasada 12 horas, misma sintomatología y hallazgos clínicos; alta con mismas indicaciones. Tras 24 horas acudió por tercera vez a urgencias, misma caracterización de síntomas. Ingresó febril (39°C). Examen físico con eritema faríngeo. Nuevos exámenes de laboratorio con elevación de proteína C reactiva (PCR) 11,7. Examen urinario normal. Radiografía de tórax sin hallazgos patológicos. Nuevo test viral negativo. Se hospitalizó para estudio con inicio de ceftriaxona previa toma de hemocultivos. Primeras 24 horas de ingreso, febril, nauseosa y discreto dolor abdominal. Exámenes de control con aumento de PCR (15,32) y disminución de plaquetas (91.000). Se rescató hemocultivo: bacilos gram positivos; se indicó nuevo esquema antibiótico ampicilina (8 gramos día) y gentamicina (240 mg día). Al día siguiente, analítica microbiológica identificó LM. Se ajustó dosis de ampicilina (12 gramos día) con suspensión del aminoglucósido. Paciente posteriormente recordó consumo de queso artesanal. Completó 14 días de antibioterapia, con buena respuesta clínica y de laboratorio. Ecografía obstétrica previa alta con feto creciendo en percentil 37, sin alteraciones. Posterior nacimiento de neonato a las 39 semanas por parto vaginal, sin incidentes.

Discusión y conclusiones: LM no es un simple patógeno transmitido por alimentos, sino que implica graves riesgos con consecuencias como el aborto, parto prematuro, muerte o afectación neonatal. El diagnóstico es un desafío dado lo inespecífico de la sintomatología y el presente caso así lo demuestra. El tratamiento antibiótico precoz es fundamental. Se debe aconsejar a embarazadas a evitar los alimentos con alto riesgo de contaminación

Palabras clave: Complicaciones infecciosas del embarazo, Listeria, Listeriosis

NO TODO DOLOR LUMBAR, ES LUMBAGO: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE CÁNCER DE PULMÓN

Autores: Khamg Osorio Marcela (1); Prado Yáñez Francisca (1), Pizarro Hojas Sebastián (1), Ahues Pérez Nicolás (1).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital 21 de Mayo, Taltal, Antofagasta.

Introducción: El cáncer de pulmón es la causa principal de muerte por cáncer a nivel mundial. En Chile, el Departamento de Estadísticas e Información de Salud reportó 3.162 decesos por cáncer de pulmón durante el año 2016 en ambos sexos. El principal factor de riesgo es el tabaquismo, presente en un 80-90% de los casos. La presentación clínica del cáncer de pulmón es variable y generalmente incluye síntomas respiratorios como la tos, hemoptisis, dolor torácico y disnea.

Presentación del caso: Paciente de 61 años, antecedentes médicos de hipertensión arterial, asma y tabaquismo crónico activo desde hace 50 años (20 cigarrillos al día). Consulta por primera vez en junio del 2025 en nuestro centro por lumbago irradiado hacia extremidad inferior derecha de 1 semana de evolución, se indica analgesia y se deriva a paciente a kinesioterapia. Se solicita resonancia magnética que informa discopatía L4-L5 con hernia de núcleo pulposo posterior, por lo que se realiza interconsulta a neurocirugía para resolución quirúrgica. A sintomatología previa se suma dolor a nivel de parrilla costal izquierda irradiado a región dorsal ipsilateral, motivo por el cual consulta 9 veces en nuestro servicio de urgencias. En última consulta se solicita radiografía de tórax donde se observa masa pulmonar a nivel de campo pulmonar derecho además de lesión que a nivel de parrilla costal izquierda. Debido a esto, se realiza derivación a cirugía de tórax. Se solicita tomografía computarizada de tórax que informa: “Extensa neoplasia que compromete raíz del lóbulo medio e inferior, compromiso metastásico ganglionar en el compartimento anterior ipsi y contralateral, metástasis de al menos un arco costal y metástasis suprarrenal derecha”. Se programa biopsia y paciente es derivado a cuidados paliativos.

Discusión y conclusiones: El dolor de espalda es un motivo frecuente de consulta a nivel de atención primaria y de servicio de urgencias. Se suele atribuir en la mayoría de los casos, a dolores osteomusculares, sin embargo, es importante considerar los diagnósticos diferenciales, por lo mismo, el médico general debe indagar en los antecedentes médicos del paciente al momento de la consulta, en la sintomatología asociada al dolor y considerar las banderas rojas asociadas.

Palabras clave: Cáncer de Pulmón, Lumbago, Tabaquismo.

NO TODO TEMBLOR ES PARKINSON. A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Fuentes Estrada Benjamín (1); Lindh Salinas Marcelo (2), Larrondo Barrera Javiera (3), Gallardo Guardiola Andrea (4)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Huertos Familiares, Til-Til. (2) Médica General de Zona, CESFAM Pdte. Salvador Allende Gossens, Quilicura, Santiago. (3) Médica General de Zona, CESFAM Dr. José Bauzá Frau, Lampa.

Introducción: El temblor corresponde a un movimiento rítmico que hace oscilar una articulación sobre un eje del espacio. Temblor esencial (TE) significa temblor sin causa evidente, sin embargo, puede entenderse como aquel que aparece en acción tanto en postura como en intención, habiéndose descartado causa farmacológica y enfermedad médica general.

Presentación del caso: Femenina de 55 años con antecedentes de migraña, acudió a ingreso de salud mental en atención primaria (APS) el 22/02/24 en contexto de trastorno adaptativo secundario a diagnóstico reciente de enfermedad de Parkinson (EP) por Neurólogo particular. En dicha atención se indagó por las características del temblor que presentaba, el cual era de extremidades superiores (EESS), de alta frecuencia y gatillado por el movimiento. Además, la paciente llevaba un cuadro de larga data de estrés laboral. Debido a lo anterior, y que la paciente estaba comprando el tratamiento, se deriva a especialidad. El 27/06/24 fue evaluada por Neurología Hospital San José, en donde especialista describe que cuadro clínico no es categórico de EP, por lo que solicita estudio complementario con Tomografía Computarizada por Tomografía de Emisión de Positrones (PET-CT) cerebral, la cual descartó EP, confirmando el TE.

Discusión y conclusiones: El TE es un diagnóstico de descarte, por lo que es indispensable conocer la semiología del temblor en otros cuadros como la EP. Tiene una tasa de prevalencia de hasta un 22% en la población general, presentando un alto componente genético. Afecta con mayor frecuencia EESS y la cabeza. Las principales diferencias con otros temblores como la EP son: 1) El TE se gatilla con el movimiento, mientras que en la EP en reposo, 2) El TE es de alta frecuencia a diferencia de la EP en donde es de baja, y 3) El TE no suele estar asociado a otras manifestaciones mientras que la EP se asocia a otros síntomas como la rigidez. En conclusión, es importante tener en cuenta estas diferencias para poder derivar oportunamente a nivel secundario, realizar un diagnóstico e inicio precoz del tratamiento, así como también no pensar que un paciente con temblor necesariamente está debutando con una EP.

Palabras clave: Enfermedad de Parkinson, Temblor, Tomografía Computarizada por Tomografía de Emisión de Positrones.

OBSTRUCCIÓN AGUDA DE VÍA AÉREA PEDIÁTRICA POR LINFOMA MEDIASTÍNICO CON NEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO Y PARO CARDIORRESPIRATORIO EN HOSPITAL DE NIVEL PRIMARIO

Autores: Sarmiento Wiegand Lorenzo (1); Mercado Núñez Bruno (2), Castillo Jofré Nicole (3), Sarmiento Wiegand Constanza (4)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Fresia, Fresia. (2) Médico General de Zona, Hospital de Calbuco, Calbuco. (3) Médico General de Zona, CESFAM N°1 Puerto Varas, Puerto Varas. (4) Estudiante de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar.

Introducción: La mayoría de los paros cardíacos en pediatría son de origen respiratorio, siendo la obstrucción aguda de la vía aérea una causa frecuente. Sus etiologías incluyen infección, cuerpo extraño, anafilaxia, quemaduras, trauma, laringoespasmo o, infrecuentemente, compresión tumoral. Se presenta el abordaje secuencial de múltiples emergencias vitales consecutivas a la obstrucción completa de la vía aérea pediátrica por causa neoplásica, en un Servicio de Urgencias de Hospital de nivel primario (generalista) geográficamente aislado.

Presentación del caso: Paciente masculino de 10 años, con hospitalización reciente por "anafilaxia" sin gatillante identificado. Ingresó cianótico, agitado, con estridor y apremio ventilatorio. En reanimador se administró oxígeno, epinefrina intramuscular (tres dosis), hidrocortisona y clorfenamina por vía intravenosa (IV), preparándose para intubación. Evolucionó con compromiso de conciencia y dos crisis convulsivas hipóxicas, que cedieron tras lorazepam IV. Se ventiló con bolsa autoinflable tamaño adulto (por falla del equipo pediátrico) y, hemodinámicamente estable, se administró sulfato de magnesio, lidocaína y fentanilo IV previo a la intubación orotraqueal asistida con introductor (Cormack 1), con mejoría respiratoria inmediata. A los 5-10 minutos presentó desaturación abrupta. Sin identificar causa, se retiró el tubo y se intentó rescatar con bolsa-mascarilla sin éxito, evolucionando a bradicardia severa y paro cardiorrespiratorio por actividad eléctrica sin pulso. Se realizó reanimación cardiopulmonar avanzada con retorno a la circulación espontánea al segundo ciclo. Se constató ausencia del murmullo pulmonar izquierdo, enfisema subcutáneo y ausencia de deslizamiento pulmonar ipsilateral. Se diagnosticó neumotórax a tensión izquierdo, descomprimido con bránula en quinto espacio intercostal, conectada a una trampa de agua improvisada. Reintubado y estabilizado, se efectuó traslado medicalizado al hospital de referencia, donde se evidenció una masa mediastínica anterior con extensión cervical que rodeaba la vía aérea y grandes vasos. La biopsia confirmó linfoma linfoblástico de células T. Tras 18 meses de quimioterapia, permanece en remisión clínica.

Discusión y conclusiones: La obstrucción aguda de la vía aérea es una emergencia pediátrica de alta letalidad, impacto social y medicolegal, y supone un gran desafío para los equipos de salud. El caso expuesto nos recuerda que, sobre todo en entornos aislados, el manejo exitoso depende del abordaje sindromático, el entrenamiento en reanimación y la preparación para emergencias pediátricas.

Palabras clave: Convulsiones, Intubación Endotraqueal, Linfoma, Neumotórax, Obstrucción de las Vías Aéreas, Paro Cardíaco, Reanimación Cardiopulmonar

OMALGIA CRÓNICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE SARCOMA DE PARTES BLANDAS: REPORTE DE UN CASO:

Autores: Sanzana Cid Jorge (1); Möller Díaz Daniela Constanza (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de zona, Cesfam Melipeuco, Melipeuco, Ararucanía.

Introducción: El síndrome de hombro doloroso es una consulta frecuente en atención primaria, mayoritariamente atribuido a patologías benignas, sin embargo, puede enmascarar una neoplasia maligna como un sarcoma de partes blandas, tumores cuya localización en la extremidad superior no es infrecuente. Un diagnóstico tardío impacta negativamente en el pronóstico.

Presentación del caso: Paciente masculino de 58 años, con historia de un año de omalgia derecha atraumática. Fue diagnosticado inicialmente como síndrome de hombro doloroso y posible lipoma, recibiendo kinesioterapia sin mejoría. Un año después, en una nueva evaluación, se objetivó un aumento de volumen no doloroso de aproximadamente 15 x 8 cm en la región posteromedial del brazo derecho. La movilidad articular estaba conservada. Se realizó una resonancia magnética que describió una extensa masa intramuscular dependiente del tríceps, con signos de agresividad y sospecha de sarcoma. Fue derivado a traumatología oncológica para estudio histológico. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para presentar su caso.

Discusión y conclusiones: Este caso subraya la importancia de incluir neoplasias en el diagnóstico diferencial del hombro doloroso. El retraso diagnóstico se produjo al confundir un sarcoma con una patología benigna, un error frecuente. La evolución del paciente manifestó "banderas rojas" que deben generar un alto índice de sospecha, como dolor persistente que no responde a tratamiento conservador y, fundamentalmente, el hallazgo de una masa palpable de crecimiento progresivo. Se concluye que ante un dolor de hombro atípico es mandatorio ampliar el estudio imagenológico para descartar una neoplasia subyacente y evitar retrasos que comprometan el pronóstico funcional y vital del paciente.

Palabras clave: PAIN, SARCOMA, SHOULDER

ONICOMADESIS, UN SIGNO NECESARIO DE CONOCER, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Villar Henríquez Matías Ignacio (1); Arcos Rojas Franco Antonio (2) Cáceres Ibacache Paula Andrea (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Cesfam Sotaquí, Ovalle. (2) Médico General de Zona, Cesfam Jorge Jordan, Ovalle

Introducción: La onicomadesis es un signo clínico el cual consiste en el desprendimiento de la porción proximal de la lámina ungueal respecto a la matriz y lecho ungueal de manera indolora y sin inflamación. Esta es relativamente infrecuente en pacientes pediátricos y sus causas varían de locales a sistémicas incluyendo trauma, paroniquia, enfermedad de kawasaki, idiopático, entre otros. En las últimas décadas se ha reportado la asociación de este signo con la enfermedad mano-pie-boca (EMPB). Donde se considera una manifestación de la EMPB atípica que ocurre aproximadamente tres a ocho semanas después del inicio de la enfermedad con la regeneración de la uña en los meses posteriores, lo cual lleva a una preocupación en los padres de los pacientes.

Presentación del caso: Paciente masculino de 7 años sin antecedentes mórbidos, traído por madre preocupada por alteración en lámina ungueal en ambas manos y en un pie de menos de 1 mes de evolución. Se evidencia desprendimiento de lámina ungueal en dichas zonas, sin otros signos, actualmente no cursando con cuadro respiratorio. Hemograma y pruebas hepáticas normales. Se realiza interconsulta virtual con dermatología quien indica onicomadesis con pronóstico autorresolutivo. Se realiza educación a padres quienes se tranquilizan e indican que paciente tuvo contacto hace 1-2 meses con persona con EMPB. Paciente evoluciona favorable a los meses con resolución de alteración. Se realiza consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: La onicomadesis aunque infrecuente, es una alteración que puede presentarse en nuestras consultas dado a la alta preocupación que genera en los padres de los pacientes pediátricos. Por lo que es clave reconocer este signo para descartar posibles causas secundarias o locales y así solicitar los exámenes correspondientes. Pero lo fundamental es que el clínico sepa su pronóstico benigno y autolimitado en la gran mayoría de casos, donde el rol principal del profesional de la salud es la educación hacia el paciente y sus padres. Además reconocer su rol cada vez más asociado con la EMPB. Por lo que es primordial su enseñanza hacia los profesionales de la salud en su pregrado.

Palabras clave: Enfermedad de boca, mano y pie, Enfermedades de la uña, Uñas

OSGOOD-SCHLATTER EN LA EDAD PEDIÁTRICA: IMPORTANCIA DE CONOCER LAS CAUSAS DE DOLOR ÓSEO:

Autores: Elgueta Oyanedel Daniela Paola (1); Figueroa Mitelman Francisco Antonio (2)
Afiliaciones: (1) Médico EDF, CESFAM Pan de Azúcar, Coquimbo, Región de Coquimbo (2) Médico EDF, Hospital de Vicuña, La Serena, Región de Coquimbo.

Introducción: El dolor óseo en edad pediátrica puede tener múltiples causas, que van desde procesos benignos y autolimitados, como dolores de crecimiento y traumatismos, hasta patologías que requieren atención especializada. Dentro de las causas frecuentes de dolor localizado en la rodilla, destaca la enfermedad de Osgood-Schlatter, una osteocondrosis de tracción asociada al crecimiento y a la práctica deportiva. Reconocerla permite diferenciarla de otras afecciones más graves y orientar un manejo adecuado que evite complicaciones y favorezca la recuperación funcional del niño.

Presentación del caso: Escolar de 10 años, sin antecedentes mórbidos, presenta dolor en el miembro inferior derecho de tres años de evolución, refiere predominio del dolor en rodilla, principalmente al realizar actividad física. Al examen se observa leve edema y una protrusión indurada, indolora e inmóvil en la tibia proximal, sin signos inflamatorios. Las radiografías evidencian irregularidad en la tuberosidad anterior de la tibia con discreto aumento de partes blandas. Se diagnostica enfermedad de Osgood-Schlatter, se descartan lesiones malignas, y se indica manejo conservador, orientado a aliviar el dolor y favorecer la recuperación funcional.

Discusión y conclusiones: Entre las múltiples causas de dolor óseo en la edad pediátrica, reconocer la enfermedad de Osgood-Schlatter es importante porque, aunque es una causa benigna y autolimitada, puede confundirse con patologías más graves como tumores óseos, infecciones o enfermedades inflamatorias. Su diagnóstico es clínico, y su identificación correcta evita la realización de exámenes invasivos o tratamientos innecesario. Además, permite tranquilizar a la familia respecto al buen pronóstico y prevenir complicaciones mediante la educación sobre la actividad física y la rehabilitación adecuada.

Palabras clave: Diagnósticos diferenciales, Dolor óseo pediátrico, Enfermedad de Osgood Schlatter.

OSTEOCONDROMA INCIDENTAL: MÁS ALLÁ DE UN ESGUINCE

Autores: Cartes Acuña María (1); Nain Manquel Carla (2), Venegas Vergara Carolina (3) Contreras Sahr Vicente (4)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Victoria, Victoria. (2) Médico General, CESFAM Victoria, Victoria. (3) Médico General de Zona, CESFAM San Vicente de Tagua Tagua, San Vicente de Tagua Tagua (4) Médico General de Zona, CESFAM Victoria, Victoria. .

Introducción: Los tumores óseos representan una baja incidencia (1-2%) de todos los tumores, siendo los más frecuentes los secundarios de origen metastásico. En Chile se diagnostican 200-250 tumores óseos primarios anualmente, siendo de estos los más frecuentes de origen benigno, quienes presentan características radiográficas similares entre sí y pueden diagnosticarse mediante técnicas imagenológicas. Los osteocondromas corresponden a un tipo de tumor óseo benigno compuesto por hueso cortical y medular cubierto por una capa de cartílago hialino. Su característica patognomónica en la radiografía es la continuidad con la corteza y el canal medular del hueso de origen. Su ubicación más frecuente es en la metáfisis de huesos largos. Es importante establecer un diagnóstico precoz de tumor óseo para la derivación oportuna y tratamiento adecuado.

Presentación del caso: Paciente masculino de 42 años con antecedentes de foramen oval no obturado persistente, consulta en Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad por torcedura de tobillo derecho de 1 día de evolución, presentando edema y dolor de tobillo en relación a maleolo lateral. Se solicita radiografía de tobillo para descartar fractura de tobillo derecho, tras lo que se evidencia en la zona de la membrana interósea entre tibia y peroné tumor óseo. Se complementa estudio con Tomografía Computarizada de tobillo derecho que evidencia exostosis de 23 mm en su diámetro longitudinal, 7 mm en sentido transversal y 7 mm en sentido anteroposterior, compatible con osteocondroma. Paciente se encuentra asintomático en relación a tumor óseo, niega sintomatología previa.

Discusión y conclusiones: Por prevalencia los tumores óseos más frecuentes son los metastásicos pero los benignos tienden a tener características radiográficas patognomónicas. Reconocer estas particularidades en una radiografía evitaría la realización de pruebas complementarias innecesarias, lo cual generaría un uso más eficiente de los recursos económicos tanto para el paciente como para el sistema de salud, además de disminuir la ansiedad del paciente.

Palabras clave: Incidentaloma, Osteocondroma, Tumores óseos.

OSTEOMIELITIS CRONICA COMO CAUSA DE CLAUDICACION EN PACIENTE PEDIATRICO EN ZONA RURAL EXTREMA: a propósito de un caso

Autores: Cid Padilla Ricardo (1); Guajardo Alarcón Valentina (2), Figueroa Scholz Francisca (3), Herrera Suarez Diego (4)

Afiliaciones: (1) Médico Cirujano en etapa de destinación y formación, Hospital de Chaitén, Chaitén (2) Médico general, Hospital de Palena, Palena (3) Médico Cirujano en etapa de destinación y formación, Hospital de Palena, Palena (4) Médico Cirujano en etapa de destinación y formación, Hospital de Palena, Palena

Introducción: La osteomielitis pediátrica es una infección localizada en el hueso que tiene su principal origen por vía hematógena, afectando con más frecuencia a pacientes menores de 5 años. El diagnóstico suele ser un desafío, por lo que el índice de sospecha debe ser elevado ante un niño que presenta claudicación. Se presentará un caso de osteomielitis crónica (OC) en un paciente de 13 años en el Hospital de Chaitén.

Presentación del caso: Paciente masculino de 13 años sin antecedentes, consulta el 20/06/23 por cuadro de 4 meses de gonalgia izquierda, manejada con kinesioterapia sin respuesta. Ingresa con rodilla en flexión de 45° rígida, dolor severo, edema y eritema, se deriva caso a traumatología infantil en Hospital de Puerto Montt, donde se realiza Tomografía de fémur 06/07/23 que indica extensa lesión lítica en tercio distal de diáfisis femoral con extensión hacia la región metafisaria con bordes irregulares y escleróticos, de 12.3 x 3.5 cm. Se realizan exámenes 07/07/23: Hemoglobina 8.1 g/dL, Leucocitos 10.1 x10^3mm3, Plaquetas 647 x10^3mm3, Proteína C Reactiva (PCR) 8.5 mg/dL, Velocidad de eritrosedimentación (VHS) >120 mm/hr. Se decide manejo quirúrgico y antibiótico con Cefazolina (26 días) y Gentamicina (14 días) endovenoso. Aseo quirúrgico (AQ) 08/07: colección en cara anterolateral del fémur 1 cc de contenido purulento con cultivo que resulta (+) Staphylococcus aureus, con abundante exudado purulento del canal medular. Se toma biopsia compatible con osteomielitis. Colocación de perlas de vancomicina. Cultivo de piel y tejidos negativos. AQ 13/07: médula con signos de pus organizada. Se realiza aseo de canal. AQ 27/07: contenido purulento 40 cc ,se coloca cemento óseo con gentamicina + vancomicina Los parámetros inflamatorios disminuyen, con PCR de 0.04 mg/dl y VHS de 12 mm/h 31/07/24. Evoluciona favorablemente, afebril, con mejoría de rango articular, con indicación de terapia antibiótica oral con cefadroxilo 60 días.

Discusión y conclusiones: La Osteomielitis es una enfermedad que representa un desafío en su diagnóstico, sobre todo en paciente pediátrico y con cuadro larvado, como es el caso de la OC. Es una enfermedad poco prevalente, por lo que la sospecha y tratamiento oportuno de las infecciones osteoarticulares puede prevenir morbilidad y secuelas en los infantes.

Palabras clave: Osteomielitis Crónica, Claudicación, Pediatría

OSTEONECROSIS PRIMARIA DE RODILLA, UNA PATOLOGÍA POCO CONOCIDA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE GONALGIA PROGRESIVA. REPORTE DE CASO:

Autores: Lindh Salinas, Marcelo Sebastián (1).; Fuentes Estrada, Benjamín Antonio (1). Gallardo Guardiola, Andrea Inés (2). Larrondo Barrera, Javiera Beatriz (3).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Huertos Familiares, Tiltil, Santiago. (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. José Bauzá Frau, Lampa, Santiago. (3) Médico General de Zona, CESFAM Pdte. Salvador Allende Gossens, Quilicura, Santiago.

Introducción: La osteonecrosis primaria de rodilla corresponde a una necrosis ósea secundaria a compromiso circulatorio, que puede progresar hacia colapso subcondral y artrosis avanzada. Afecta principalmente al cóndilo femoral medial (CFM), aunque puede comprometer otras estructuras como el cóndilo lateral, los platillos tibiales o la rótula. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres mayores de 60 años con osteoporosis. Clínicamente provoca dolor en la región medial del fémur distal, que se intensifica durante las noches y con la carga del miembro, además de sensibilidad localizada, derrame articular y sinovitis. Su diagnóstico se orienta con radiografías y se confirma mediante resonancia magnética (RM), considerada el método de referencia. El tratamiento habitual es conservador, basado en analgesia, fisioterapia y descarga del miembro; sin embargo, en lesiones extensas o refractarias pueden requerirse procedimientos quirúrgicos.

Presentación del caso: Mujer de 62 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, consulta por gonalgia derecha de tres meses de evolución, asociada a impotencia funcional progresiva. La RM evidenció fractura subcondral por insuficiencia del CFM. Fue evaluada por traumatólogo, quien indicó manejo ortopédico con reposo laboral, descarga mediante dos bastones, analgesia multimodal, bifosfonatos y kinesioterapia. En control a los tres meses presentó mejoría funcional completa, sin claudicación ni dolor a la marcha, siendo dada de alta con seguimiento trimestral. Cuatro meses después consultó nuevamente por un cuadro similar en la rodilla contralateral, cuya RM mostró hallazgos similares.

Discusión y conclusiones: La osteonecrosis primaria de rodilla es una entidad infrecuente y a menudo subdiagnosticada por desconocimiento. Su etiología sigue siendo controvertida, aunque la evidencia sugiere que corresponde a una fractura por insuficiencia secundaria a alteraciones microcirculatorias con edema óseo y necrosis subsecuente. El tratamiento es habitualmente conservador y ofrece buenos resultados funcionales en estadios iniciales. Dada su potencial repercusión sobre la marcha y la calidad de vida, debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales ante gonalgia persistente en adultos mayores, en especial en mujeres posmenopáusicas.

Palabras clave: Osteonecrosis, Resonancia Magnética, Rodilla, Terapia Conservadora.

PACIENTE JOVEN, EL GRAN OLVIDADO EN LA DIVERTICULITIS AGUDA

Autores: Ogaz Contreras Gonzalo (1); Albornoz Pizarro Esperanza (1), Allende González Mirla (2), Flores Espinoza Javiera (3)
Afiliaciones: (1) Médico/a EDF, CESFAM de Lo Miranda, Lo Miranda (2) Médica EDF, CESFAM Concejal Gavino Martínez Maturana, Rengo (3) Médica EDF, CESFAM de Las Cabras, Las Cabras

Introducción: La diverticulitis aguda (DA) es la complicación más frecuente de la enfermedad diverticular del colon, iniciando en un divertículo se puede extender rápidamente hasta generar un absceso pericólico y peritonitis localizada. Históricamente se ha planteado como una enfermedad del paciente mayor, su incidencia en menores de 40 años representa solo un 2-5%, cifra que ha aumentado considerando los factores de riesgo (FR) y modelos del estilo de vida actuales. La obesidad, el tabaquismo, el uso crónico de Antiinflamatorios no esteroideos y una dieta baja en fibra y alta en carnes rojas son los principales FR, y parecieran una descripción de hábitos y patologías frecuentes en la población chilena.

Presentación del caso: Masculino 26 años, sin antecedentes médicos, consulta en urgencias por dolor localizado en fosa iliaca izquierda de aproximadamente 24 hrs de evolución, eva 6/10, que no cede con analgesia vía oral. Niega fiebre, diarrea, vómitos o síntomas urinarios. Al examen físico destaca únicamente dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda, impresionando resistencia muscular. Se solicita tomografía computada (TC) contrastada de abdomen, que describe signos compatibles con DA Hinchey I, además de laboratorio que evidencia leucocitosis leve. Se indica manejo conservador e ingresa para recibir tratamiento antibiótico endovenoso: ceftriaxona más metronidazol durante 4 días. Evoluciona favorablemente y sin dolor. Lograda la tolerancia vía oral se indica alta para finalizar su tratamiento antibiótico de forma ambulatoria.

Discusión y conclusiones: La incidencia de DA que requieren hospitalización en pacientes menores de 50 años ha aumentado los últimos años, en concordancia con sus FR y los estilos de vida actuales (2). La presentación de este caso invita al clínico a tener presente el diagnóstico diferencial de DA ante la clínica de dolor en fosa iliaca izquierda, sopesando la necesidad de solicitar una TC contrastada para su confirmación, sin desestimar a la población joven. Además nos recuerda la importancia de mantener hábitos saludables que generen factores protectores contra esta y otras patologías: dieta alta en fibra, frutas, verduras y cereales integrales, ejercicio regular y mantenimiento de un peso saludable; Estos son los pilares esenciales para evitar la incidencia y recurrencia de la DA.

Palabras clave: Diverticulitis, Dolor Abdominal, Hábitos saludables

PANCREATITIS AGUDA COMO CAUSA DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA: LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN

Autores: Orozco Soto Nicolás (1); Estay Casanova Naomi (2), Villablanca Casanova Rodolfo (2)
Afiliaciones: (1) Médico EDF, CESFAM Angelmó, Puerto Montt (2) Médica EDF, CESFAM Puerto Varas, Puerto Varas

Introducción: La cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación metabólica aguda y potencialmente fatal de la diabetes mellitus (DM). En atención primaria (APS), el manejo de pacientes con DM mal controlada representa un desafío constante, donde la identificación de factores de riesgo como la mala adherencia terapéutica y el consumo de alcohol es fundamental para la prevención. El consumo de riesgo de alcohol empeora el control glicémico, y explica hasta el 35% de los casos de pancreatitis aguda, el cual a su vez se ha descrito que causa hasta el 15% de los casos de CAD. Esta intersección entre la DM mal controlada y el consumo de alcohol destaca el papel crucial de APS en la detección precoz, la educación y prevención de complicaciones potencialmente mortales.

Presentación del caso: Hombre de 62 años, con antecedentes de DM tipo 2 insulinorrequiriente (DM2IR), hipertensión arterial y dislipidemia, con mala adherencia terapéutica, y consumo de riesgo de alcohol. Consultó inicialmente en morbilidad por dos semanas de dolor abdominal, siendo dado de alta con diagnóstico de gastroenteritis. Reconsulta en urgencia a la semana, con compromiso de conciencia y agitación psicomotora tras suspensión autónoma de insulina. Ingresa mal perfundido, hiperglicemia (858 mg/dL), cetonemia elevada (5.3 mmol/L), confirmando CAD severa (pH 6.78, HCO3 3.8 mmol/L) y pancreatitis aguda (amilasa 1546 U/L), corroborado con tomografía computada que mostró colecciones líquidas peripancreáticas. Se inicia manejo protocolizado de CAD y ATB empíricos, pero por no lograr mejoría perfusional y deterioro ventilatorio, se traslada a UCI. Tras una evolución compleja con complicaciones infecciosas y delirium, mostró mejoría gradual, logrando la extubación y el reinicio de la alimentación.

Discusión y conclusiones: Este caso evidencia la peligrosa interacción entre la cetoacidosis diabética (CAD) y la pancreatitis aguda. Subraya el riesgo de subdiagnóstico en APS cuando el dolor abdominal en diabéticos se atribuye a condiciones benignas. Además, enfatiza la necesidad de una alta sospecha, educación sobre adherencia terapéutica, identificación de conductas de riesgo (como el consumo de alcohol) y un seguimiento frecuente para una derivación oportuna y prevenir complicaciones graves.

Palabras clave: Pancreatitis, Cetoacidosis Diabética, Consumo de Alcohol

PANCREATITIS AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA CON XANTOMAS ERUPTIVOS:

Autores: Araya Muñóz Carlos Eugenio (1); Avendaño Frugone María Elisa (2), Camacho Olivares Rodrigo Ignacio (2),
Afiliaciones: (1) Médico Oftalmólogo, Director Médico Clínica 2020, Santiago (2) Interno de Medicina Universidad Mayor, Santiago

Introducción: La Pancreatitis Xantomatosa es una entidad clínico-patológica infrecuente, caracterizada por inflamación pancreática con infiltración de macrófagos espumosos cargados de lípidos. Se asocia a alteraciones del metabolismo lipídico y puede manifestarse mediante xantomas eruptivos cutáneos, los cuales constituyen un signo temprano de dislipidemia severa y un factor de riesgo de Pancreatitis Aguda. Su baja prevalencia la convierte en un desafío diagnóstico, resaltando la importancia de su detección precoz para prevenir complicaciones.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 32 años que consultó por dolor abdominal agudo y deterioro del estado general, diagnosticada con Pancreatitis Aguda secundaria a hipertrigliceridemia severa en el contexto de diabetes mellitus tipo 2 no diagnosticada. De forma llamativa, el signo clínico más precoz correspondió a múltiples xantomas eruptivos en superficies extensoras, los cuales fueron inicialmente subestimados, retrasando la identificación de la etiología. A pesar de la clínica sugestiva, las enzimas pancreáticas se encontraban normales, dificultando la confirmación inicial. El diagnóstico se estableció mediante estudios de imagen, y el tratamiento consistió en manejo conservador con régimen absoluto, insulinoterapia y esquema hipolipemiante intensivo, con adecuada evolución clínica.

Discusión y conclusiones: La paciente debutó con Pancreatitis Aguda en el contexto de dislipidemia extrema y diabetes mellitus tipo 2 no diagnosticada, precedida por xantomas eruptivos, que fue inicialmente subvalorado. Estos xantomas, constituyen un signo centinela cuya identificación temprana permite sospechar dislipidemias severas y prevenir complicaciones. La pancreatitis inducida por hipertrigliceridemia, responsable de hasta el 10% de los casos, se produce por la liberación de ácidos grasos libres tóxicos derivados de la hidrólisis de triglicéridos, desencadenando daño acinar e inflamación. La normalidad de las enzimas pancreáticas representó una limitación diagnóstica atribuible a la interferencia de la lipemia severa. El manejo incluyó dieta absoluta, hidratación, insulinoterapia y esquema hipolipemiante con fibratos y estatinas, reservando intervenciones invasivas para casos de evolución desfavorable. Este caso resalta la relevancia de integrar hallazgos dermatológicos, metabólicos y clínicos, destacando a los xantomas eruptivos como signos de alarma clave para la detección precoz de dislipidemias severas y sus comorbilidades, subrayando la importancia de instaurar un tratamiento oportuno para prevenir complicaciones potencialmente letales como pancreatitis aguda, cetoacidosis diabética o eventos cardiovasculares.

Palabras clave: Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertrigliceridemia, Pancreatitis aguda, Xantomatosis

PANCREATITIS AUTOINMUNE Y COLANGITIS ESCLEROSANTE ASOCIADAS A ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Autores: Melo Valenzuela Camila (1); Reyes Pacheco Ignacio (1); Sandoval Arriagada Cristian (1)
Afiliación (1) Médico EDF, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Nueva Imperial, Chile

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una condición fibroinflamatoria sistémica caracterizada por infiltrado linfoplasmocitario rico en IgG4, fibrosis estoriforme y potencial compromiso multiorgánico. Puede afectar páncreas, vía biliar, glándulas salivales, pulmón y grandes vasos, simulando procesos neoplásicos o infecciosos. Su diagnóstico precoz es fundamental para evitar procedimientos invasivos y complicaciones irreversibles.

Presentación del caso: Hombre de 57 años, con antecedentes de asma y mesenquimopatía en estudio compatible con síndrome de Sjögren, consultó por dolor abdominal epigástrico de ocho meses de evolución, asociado a baja de peso de 20 kg y colestasis persistente. Al examen físico presentaba ictericia leve y xerostomía intensa. Los exámenes evidenciaron patrón colestásico con elevación de GGT (1832 U/L) y FA (918 U/L), junto a lipasa de 418 U/L. TAC y colangiorresonancia mostraron pancreatitis aguda con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática sin causa obstructiva evidente. Estudios complementarios revelaron engrosamiento parotídeo bilateral, bronquiolitis, signos de aortitis y diverticulosis colónica, configurando compromiso multiorgánico. Los marcadores autoinmunes fueron negativos (ANA, ENA, ANCA) con hipergammaglobulinemia policlonal, orientando a enfermedad relacionada con IgG4 confirmada clínicamente. Se planificó inicio de tratamiento inmunosupresor ambulatorio tras control en policlínico.

Discusión y conclusiones: La ER-IgG4 puede manifestarse como pancreatitis autoinmune y colangitis esclerosante, simulando patologías malignas pancreatobiliares. La coexistencia de compromiso sistémico y la negatividad de marcadores autoinmunes clásicos deben alertar al clínico. Este caso enfatiza la importancia del razonamiento diagnóstico integrado y la necesidad de considerar la ER-IgG4 en cuadros de pancreatitis y colestasis sin causa aparente. Su identificación precoz permite instaurar terapias inmunosupresoras efectivas y prevenir daño orgánico irreversible.

Palabras clave: Colangitis esclerosante, Enfermedad relacionada con IgG4, Pancreatitis autoinmune.

PAPILOMA INVERTIDO RECIDIVANTE DE FOSA NASAL, DESAFÍO EN EL SEGUIMIENTO Y MANEJO A LARGO PLAZO

Autores: Sepúlveda Medel Bárbara (1); Merino Vial Francisca (2), Rivas Bastidas Robert (3), Avilés Caputo Francisca (4)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Patricio Hevia, Recoleta, Santiago (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Lucas Sierra, Conchalí, Santiago (3) Médico Cirujano, CESFAM Dr. Patricio Hevia, Recoleta, Santiago (4) Médico Cirujano, Hospital el Carmen, Maipú, Santiago

Introducción: Un papiloma invertido corresponde a una neoplasia benigna de la cavidad nasal y los senos paranasales. Su etiología aún no es clara, pero existe evidencia de una asociación con el Virus Papiloma Humano (VPH). Su diagnóstico se basa en la clínica, exámenes radiológicos y estudio anatomopatológico. El manejo de elección es la resección quirúrgica completa, preferentemente de forma endoscópica, con el fin de disminuir morbilidad y preservar funcionalidad. Se caracteriza por su capacidad de invasión local, potencial de recurrencia y transformación maligna. La recurrencia es mayor durante los primeros 2 años postoperatorios, por lo que el seguimiento a largo plazo es esencial. En casos de recidiva, el riesgo de trasformación maligna aumenta.

Presentación del caso: Hombre de 71 años, en 2004 se somete resección y biopsia incisional de tumoración en fosa nasal izquierda, que confirma papiloma invertido. Durante los años posteriores reaparece masa tumoral en fosa nasal izquierda. Presenta crecimiento progresivo hasta presentarse como un tumor exofítico que obstruye la totalidad de la fosa nasal, de aspecto polipoideo, vascularizado y friable, de consistencia gomosa y no doloroso. Es evaluado por dermatología por sospecha de carcinoma espinocelular, donde rescatan antecedente de papiloma invertido, sugiriendo recidiva y derivando a otorrinolaringología. Actualmente se encuentra en evaluación por el equipo de otorrinolaringología, planificándose resección quirúrgica con reconstrucción de la fosa nasal. Se cuenta con el consentimiento informado del paciente.

Discusión y conclusiones: A pesar de corresponder a un tumor benigno, el papiloma invertido tiene un carácter localmente invasor, tendencia a la recurrencia y potencial maligno. Además, estudios han demostrado que el riesgo de trasformación maligna es aún mayor en casos de recidiva. Lo anterior resalta la importancia de mantener una vigilancia intensiva y seguimiento extendido. Considerando el caso expuesto, esto se hace aún más importante, ya que permite la detección y manejo precoz, lo que posibilita equilibrar la resección completa con la preservación funcional y estética de las estructuras nasales, reduciendo secuelas, mejorando la calidad de vida de los pacientes y, en algunos casos, previniendo la evolución a un carcinoma. Es crucial que se desarrollen pautas específicas para el seguimiento a largo plazo del papiloma invertido.

Palabras clave: Cavidad Nasal, Papiloma Invertido, Recurrencia

PAPILOMA PREAURICULAR CONGÉNITO EN PACIENTE PEDIATRICO: REPORTE DE CASO

Autores: Méndez Zúñiga Pablo (1); Rosas Rojas Barbara (1), Marchant Bouffanais Ignacio (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Curepto, Curepto. (2) Estudiante de medicina, Universidad de Chile.

Introducción: Los papilomas preauriculares son malformaciones frecuentes del desarrollo del primer y segundo arco branquial. Su relevancia clínica radica en la posible asociación con alteraciones auditivas, renales o como manifestación de síndromes genéticos y craneofaciales, por lo que su evaluación integral resulta fundamental.

Presentación del caso: Paciente femenina de 8 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, consulta por lesión en región preauricular derecha. Madre refiere que lesión está presente desde el nacimiento, sin crecimiento ni intercurrencias infecciosas asociadas. Destaca antecedente familiar de hermano con iris en herradura bilateral; sin evaluación genética previa. Al examen físico se objetivan dos lesiones en región preauricular derecha: una polipoidea de 5 mm y otra sésil de 2 mm, ambas indoloras. Otoscopía bilateral, rinoscopía y cavidad oral sin lesiones. No se observan otras malformaciones ni hallazgos dismórficos. Se diagnosticó papiloma preauricular congénito aislado y se realiza derivación a otorrinolaringología y consejería genética para descartar síndromes asociados. Se obtuvo consentimiento informado para publicación.

Discusión y conclusiones: Los papilomas preauriculares son hallazgos relativamente comunes (incidencia cercana al 1%), generalmente benignos y aislados. La literatura señala su posible asociación con hipoacusia o alteraciones renales, especialmente en el contexto de síndromes genéticos y craneofaciales. A pesar de lo anterior, estudios recientes no han demostrado un aumento significativo de riesgo en casos aislados, por lo que el estudio adicional debe individualizarse según antecedentes familiares o hallazgos clínicos relevantes. En este caso, la ausencia de alteraciones auditivas, renales o fenotípicas sugiere una presentación esporádica y benigna, sin embargo debido al antecedente de hermano con iris en herradura bilateral se recomienda orientación genética familiar. Este caso destaca la importancia del enfoque integral en malformaciones congénitas menores y del trabajo interdisciplinario para descartar síndromes asociados, optimizando el manejo y consejería familiar.

Palabras clave: MALFORMACIONES CONGÉNITAS, PAPILOMA PREAURICULAR, PEDIATRÍA

PARÁLISIS AGUDA DEL III PAR COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE MACROADENOMA HIPOFISIARIO EN SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL PRIMARIO

Autores: Sarmiento Wiegand Lorenzo (1); Appelgren Neira Roberto (1), Castillo Jofré Nicole (2), Sarmiento Wiegand Constanza (3)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Fresia, Fresia. (2) Médico General de Zona, CESFAM N°1 de Puerto Varas, Puerto Varas. (3) Estudiante de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar.

Introducción: La parálisis aguda del III par craneal es una manifestación neurológica de etiología diversa, incluyendo neuropatía microvascular, aneurismas, lesiones expansivas intracraneanas, trombosis séptica del seno cavernoso y trauma. Su identificación temprana es crucial, pues determina la intervención oportuna y el pronóstico visual y vital. Se presenta el desafío diagnóstico de un macroadenoma hipofisiario identificado en la Unidad de Emergencias (UE) de un hospital de nivel primario, manifestado como parálisis del III par con elementos clínicos confundentes.

Presentación del caso: Mujer de 56 años, diabética mal controlada y analfabeta, consultó en la UE por síntomas catarrales, cefalea frontal y retroocular derecha de cinco días de evolución, asociados a disminución de agudeza visual y ptosis palpebral derecha. Ingresó estable hemodinámicamente, febril (38,2 °Celcius) y con glicemia de 217 miligramos/decilitro. El examen neurológico mostró oftalmoplejía completa de los pares III y VI derechos, midriasis fija y visión reducida a cuenta dedos, sin otros hallazgos relevantes. Se inició tratamiento antibiótico empírico, control glucémico y monitorización estricta. Ante la sospecha de lesión expansiva selar versus trombosis de seno cavernoso, se derivó a un hospital con neurocirugía, donde la resonancia magnética con gadolinio confirmó un macroadenoma hipofisiario con degeneración quística y sangrado reciente, en contacto con quiasma y nervios ópticos. Se realizó resección endoscópica endonasal de urgencia, logrando descompresión y evolución favorable, con recuperación neurológica y metabólica progresiva.

Discusión y conclusiones: El cuadro representó un desafío diagnóstico por la coexistencia de fiebre, compromiso pupilar y oftalmoplejía del III y VI par, junto con limitaciones cognitivas y ruralidad del paciente. Los diagnósticos diferenciales incluyeron neuropatía isquémica microvascular, aneurisma de la arteria comunicante posterior y trombosis séptica del seno cavernoso. La primera suele ser indolora y con pupila indemne; la trombosis séptica cursa con fiebre y afectación de múltiples pares craneales; el aneurisma se presenta bruscamente con compromiso pupilar. La resonancia magnética contrastada fue indispensable para establecer la causa. La detección precoz y derivación oportuna evitaron ceguera y complicaciones graves. Ante parálisis del III par en urgencias, los antecedentes, el compromiso pupilar y la afectación de otros nervios craneales son hallazgos decisivos para orientar el diagnóstico etiológico y priorizar el manejo.

Palabras clave: Neoplasias Hipofisarias, Parálisis del Tercer Par Craneal, Servicio de Urgencia en Hospital.

PARÁLISIS DEL NERVIO LARÍNGEO RECURRENTE SECUNDARIA A REFLUJO GASTROESOFÁGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Ruiz Carmona Ignacio (1), Soto Yaksic Rocío (2), Wiechmann De Bonadona Daniela (2); AFILIACIÓN

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Los Sauces, comuna de Lumaco. (2) Médico General de Zona, CESFAM Lumaco, comuna de Lumaco.

Introducción: La disfonía crónica es un motivo de consulta habitual en atención primaria. Generalmente se asocia a procesos inflamatorios, abuso vocal o patología tiroidea; sin embargo, en ocasiones puede corresponder a una parálisis del nervio laríngeo recurrente (NLR), cuadro poco frecuente que puede ser secundario a causas inflamatorias o compresivas. El reflujo gastroesofágico (ERGE) severo constituye una etiología inusual, capaz de generar inflamación crónica del trayecto laríngeo. En el primer nivel de atención, la sospecha clínica y derivación oportuna son fundamentales para el diagnóstico y recuperación funcional del paciente.

Presentación del caso: Paciente femenina de 47 años, sin antecedentes quirúrgicos ni enfermedades crónicas, consultó en atención primaria por disfonía progresiva de tres meses de evolución, asociada a pirosis y sensación de cuerpo extraño faríngeo. En el examen físico se evidenció voz bitonal, leve estridor inspiratorio y ausencia de signos infecciosos. Ante la persistencia de los síntomas y la sospecha de compromiso laríngeo, se realizó la pesquisa en atención primaria y se derivó a otorrinolaringología para evaluación especializada. En el nivel secundario se efectuó nasofibroscopía, observándose movilidad disminuida de la cuerda vocal izquierda compatible con parálisis del NLR. Se completó estudio con tomografía computarizada de cuello y tórax, que descartó lesiones estructurales o compresivas. Dado el antecedente de pirosis y tos nocturna, se derivó a gastroenterología, donde la pHmetría esofágica confirmó diagnóstico de ERGE severa. Se indicó tratamiento con omeprazol 40 mg diarios, medidas higienicodietéticas y terapia fonoaudiológica. En el control a tres meses, la paciente presentó mejoría significativa de la disfonía y recuperación parcial de la movilidad cordal. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: La parálisis del NLR sin antecedente quirúrgico ni masa compresiva es infrecuente, y el reflujo gastroesofágico severo representa una causa rara pero plausible. La exposición crónica al ácido gástrico puede generar neuropatía inflamatoria por irritación directa o microaspiración. Este caso resalta el rol del médico de atención primaria en la pesquisa de disfonías persistentes, la importancia de la derivación temprana y la coordinación multidisciplinaria. La identificación oportuna permitió evitar estudios invasivos y favorecer la recuperación funcional. Este reporte amplía el espectro etiológico de la disfonía crónica y refuerza la necesidad de considerar la ERGE como causa neurológica periférica.

Palabras clave: Disfonía, Nervio Laríngeo, Reflujo Gastroesofágico.

PARÁLISIS DEL SEXTO PAR CRANEAL DE ETIOLOGÍA METABÓLICA EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, REPORTE DE CASO:

Autores: Montesinos Perez Catalina (1); Abrigo Ibañez Paulette (1), García Barro Antonia (2), Espinoza Osorio Sofía (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Pinares Eloisa Diaz l, Chiguayante. (2) Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.

Introducción: Las neuropatías craneales secundarias a diabetes mellitus corresponden a una complicación relevante por su presentación súbita y su potencial confusión con cuadros neurológicos graves. La parálisis del VI par craneal puede manifestarse como diplopía binocular horizontal y limitación de la abducción ocular, representando un desafío diagnóstico en pacientes con descompensación metabólica.

Presentación del caso: Paciente femenina de 59 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, consulta por cuadro de tres semanas de evolución caracterizado por dolor ocular izquierdo irradiado a región frontoparietal ipsilateral, asociado a diplopía binocular y limitación para la abducción del ojo izquierdo. Niega fiebre, pérdida de conciencia, traumatismos u otras focalidades. Al examen físico se evidenció oftalmoplejía izquierda a medial, con incapacidad de abducción y sin compromiso de otros pares craneales. Glucemia capilar: 502 mg/dL. TAC de cerebro y órbitas sin lesiones. El diagnóstico fue parálisis del VI par craneal izquierdo, probable de etiología microangiopática diabética. Se indicó manejo de hiperglicemia, parche ocular y seguimiento por oftalmológica, donde se evidenció paresia de VI par izquierdo con retinopatía diabética no proliferativa moderada, sin signos de hipertensión intracraneana.

Discusión y conclusiones: La afectación de los nervios oculomotores es una manifestación clínicamente relevante siendo el compromiso del III par craneal el más habitual (60–70% de los casos), mientras que la parálisis del VI par corresponde solo al 20%, constituyendo una presentación menos frecuente y potencialmente subdiagnosticada. Este caso destaca la necesidad de considerar causas metabólicas dentro del diagnóstico diferencial de las parálisis oculomotoras, en pacientes con diabetes mellitus descompensada, sin dejar de descartar eventos vasculares mayores como accidente cerebrovascular. El cuadro clínico característico (diplopía horizontal, imposibilidad de abducción y preservación de otros pares craneales), junto con neuroimagen normal, orienta a una etiología metabólica, cuyo manejo se basa en el control glicémico intensivo y seguimiento multidisciplinario. La recuperación suele ser espontánea y completa en semanas, lo que refuerza la importancia del reconocimiento oportuno para evitar estudios invasivos o tratamientos innecesarios. Este caso busca visibilizar que, además de la clásica parálisis del III par, existen otras neuropatías diabéticas menos conocidas que deben ser consideradas dentro de las complicaciones neurológicas de la diabetes mellitus.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Diplopia, Neuropatías Craneales.

PARÁLISIS HIPOCALÉMICA TIROTÓXICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Cortés López Belén (1); Sotomayor Barros Arturo (1), Valdivieso Troncoso Kathia (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Familiar y Comunitario de Vilcún, Vilcún

Introducción: Parálisis hipocalémica tirotóxica (PHT) es una entidad infrecuente, con prevalencia de 1 en 100.000 individuos, secundaria al hipertiroidismo. Se caracteriza por debilidad muscular proximal, reflejos musculares abolidos y laboratorio con hipopotasemia y tirotoxicosis. En casos no tratados puede progresar a arritmias mortales, apnea y cuadriplejia. Ante la gravedad del desenlace radica la importancia de una alta sospecha diagnóstica y tratamiento precoz.

Presentación del caso: Masculino 27 años, antecedente de obesidad. Consulta en Servicio de Urgencias por mialgias predominio tren inferior, asociado a debilidad muscular. Al examen físico destaca reflejos rotulianos disminuidos, resto del examen neurológico normal. Se toman exámenes donde destaca potasio sérico 1.4 mmol/litro. Se hospitaliza para estudio y manejo, donde destaca TSH suprimida y T4 de 19 ng/dL, concordantes con hipertiroidismo. Se inicia manejo con tiamazol 10 mg cada 12 horas, con lo que regulariza clínica de hipocalemia.

Discusión y conclusiones: La PTH,si bien es infrecuente, representa una urgencia endocrinológica-neurológica en la cual el retraso diagnóstico puede tener consecuencias fatales. En el caso descrito, la hiporreflexia e hipocalemia obliga a ampliar el estudio para descartar causas secundarias, siendo la determinación rápida de TSH y T4 clave para establecer la etiología tirotóxica. El mecanismo fisiopatológico se relaciona con una hiperactividad beta-adrenérgica y exceso de hormonas tiroideas que inducen la entrada intracelular del potasio, más que una verdadera pérdida corporal. De ahí que el tratamiento específico con antitiroideos revierta el cuadro de forma decisiva, como ocurrió en este caso. Frente a un paciente joven con debilidad muscular súbita e hipocalemia marcada, debe sospecharse PHT aun sin antecedentes conocidos de hipertiroidismo. El caso presentado refuerza la importancia del diagnóstico precoz y del tratamiento dirigido a controlar el hipertiroidismo de base, intervenciones que permiten rápida recuperación neuromuscular y previenen complicaciones mayores como arritmias o insuficiencia respiratoria.

Palabras clave: Hipopotasemia, Parálisis, Tirotoxicosis.

PARÁLISIS PERIÓDICA TIROTÓXICA COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE PARÁLISIS A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Nicolai Manaut Juan (1); Meyer Muñoz Rocío (1), Olivares Álvarez Rodrigo (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Corral, Corral

Introducción: La parálisis periódica tirotóxica (PPT) es una complicación infrecuente del hipertiroidismo caracterizada por episodios de debilidad muscular asociados a hipopotasemia. El desplazamiento intracelular del potasio sería secundario a hiperactividad de la bomba sodio-potasio-ATPasa por hiperadrenergia y efecto directo de las hormonas tiroideas. Su presentación aguda y transitoria en pacientes sin factores de riesgo de otras etiologías puede confundir el cuadro con trastornos conversivos.

Presentación del caso: Paciente masculino de 18 años, con antecedente de depresión en psicoterapia, consulta en urgencias por debilidad súbita de extremidades inferiores que provocó caída. Refiere cefalea, sensación de calor, sudoración y polidipsia. Ingresa una hora post evento, normotenso, normocardico, subfebril (37.6°C). Al examen físico fuerza conservada de extremidades con leve temblor distal, sin otros hallazgos. Laboratorios: sodio 141 mmol/L, potasio 3.3 mmol/L, cloro 108 mmol/L. Se interpretó inicialmente como cuadro conversivo y se indicó control en atención primaria. En seguimiento, se rescata historia de cefalea tensional, dolor abdominal, ansiedad y al menos tres episodios previos de debilidad autolimitada. Al examen físico taquicardia (110 lpm), pulsos amplios, soplo sistólico hiperdinámico y coiloniquia, sin exoftalmo ni bocio. Estudios ambulatorios: TSH < 0.02 µUI/mL con T4 libre 4.81 ng/dL. Se diagnosticó hipertiroidismo, interpretándose retrospectivamente los episodios como parálisis hipopotasémicas tirotóxicas

Discusión y conclusiones: La PPT puede simular un trastorno psiquiátrico, especialmente en pacientes con antecedentes ansiosos. El diagnóstico puede ser difícil, considerando que existen reportes de casos normopotasémicos y que la mayoría de los usuarios no tiene diagnóstico previo de hipertiroidismo y presentan sólo signos sutiles de tirotoxicosis. Aunque se describe clásicamente en hombres asiáticos, reportes recientes sugieren también una incidencia mayor en hispanos que en población caucásica. Este caso destaca la importancia de una evaluación integral frente a síntomas neurológicos o psiquiátricos atípicos. Considerar causas endocrinas o metabólicas permite identificar patologías tratables y evitar errores diagnósticos con repercusiones clínicas y emocionales

Palabras clave: Hipertiroidismo, Parálisis, Hipopotasemia

PARAPARESIA ESPÁSTICA FAMILIAR: REPORTE DE UN CASO DIAGNOSTICADO EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE TELEMEDICINA

Autores: Cuadra Pino Natalia (1); Infante Maluenda Tomás (1), Campos Mora Rodrigo (1)
Afiliaciones: (1) MGZ, CESFAM Dr. David Benavente, Ninhue, Región de Ñuble, Chile.

Introducción: La paraparesia espástica familiar o paraplejía espástica hereditaria (PEH) es un grupo heterogéneo de trastornos neurodegenerativos caracterizados por debilidad progresiva y espasticidad de miembros inferiores. Su prevalencia es baja (1,8–9,6 por 100.000 habitantes) y su diagnóstico suele retrasarse debido a la superposición con otras causas de déficit motor progresivo. El acceso a herramientas de neuroimagen y electromiografía permite descartar causas secundarias, mientras que el diagnóstico definitivo se apoya en paneles genéticos. En contextos rurales, la telemedicina se ha convertido en una herramienta clave para el abordaje interdisciplinario y la confirmación diagnóstica de patologías infrecuentes como esta.

Presentación del caso: Paciente masculino evaluado mediante telemedicina, derivado con diagnóstico presuntivo de distrofia muscular. Antecedente de tenorrafia de tendones de Aquiles en 2018. Vive actualmente con cuidadora familiar tras fallecimiento de su abuela; padre fallecido por suicidio (2010). Hermano menor con discapacidad intelectual leve, hermana mayor sin alteraciones motoras. Historia de dificultad progresiva para la marcha desde los 12 años, sin síntomas urinarios, con calambres frecuentes. Nacimiento por cesárea sin antecedentes de sufrimiento neonatal ni retraso del desarrollo psicomotor. Al examen físico: discapacidad intelectual leve a moderada con trastorno de conducta, paraparesia espástica con uso de bastones, sin compromiso sensitivo. Marcha dificultosa con predominio de debilidad distal. Exámenes complementarios: estudios serológicos y neuroimagen (TC cerebral y columna completa) muestran ventriculomegalia leve y cambios degenerativos; electromiografía (junio 2025) sin compromiso periférico ni de fibra muscular. Antecedentes familiares relevantes: padres primos consanguíneos y antecedentes de marcha en puntas de pies en paciente y hermana. Con base en la evolución clínica, antecedentes familiares y hallazgos complementarios, se establece el diagnóstico de paraparesia espástica familiar (G11.4). Se descarta componente muscular primario. Indicaciones: prevención de caídas e infecciones urinarias, evaluación con fisiatra para uso de ortesis, indicación de panel genético confirmatorio y seguimiento según necesidad. Consentimiento informado otorgado por el tutor responsable para fines de docencia y divulgación científica.

Discusión y conclusiones: Las paraplejías espásticas hereditarias corresponden a un grupo genéticamente heterogéneo de enfermedades neurodegenerativas, cuya manifestación típica es la debilidad y espasticidad progresiva de extremidades inferiores, con o sin alteraciones cognitivas o sensoriales. Este caso destaca la importancia de la sospecha clínica en atención primaria ante cuadros de paraparesia crónica con historia familiar positiva y sin afectación muscular periférica. El uso de telemedicina permitió el acceso oportuno a especialistas en neurología y fisiatría, facilitando la orientación diagnóstica y la planificación de estudios genéticos. Este enfoque demuestra el valor de la integración entre niveles asistenciales en zonas rurales, mejorando la equidad en salud y el pronóstico funcional de pacientes con enfermedades raras. Conclusión: la

detección precoz y el abordaje interdisciplinario mediante telemedicina son fundamentales para optimizar el diagnóstico y manejo de patologías neuromusculares hereditarias en atención primaria.

Palabras clave: Paraparesia Espástica Familiar, Enfermedades Neuromusculares, Telemedicina

PATRÓN ELECTROCARDIOGRÁFICO S1Q3T3 COMO CLAVE EN LA SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: REPORTE DE CASO

Autores: Infante Maluenda, Tomás Andrés (1); Soto González, Juan Pablo (2); Cuadra Pino, Natalia Belén (1); Campos Mora, Rodrigo Ignacio (1)
Afiliaciones: (1) Médico EDF, CESFAM Dr. David Benavente, Ninhue, Región de Ñuble. (2) Médico EDF, Hospital de Quirihue, Región de Ñuble.

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) constituye una urgencia cardiovascular potencialmente fatal cuyo diagnóstico precoz continúa siendo un desafío, especialmente en el primer nivel de atención. El patrón electrocardiográfico S1Q3T3, descrito por McGinn y White en 1935, corresponde a una manifestación indirecta de sobrecarga aguda del ventrículo derecho, cuya detección puede orientar la sospecha diagnóstica inicial en ausencia de exámenes de imagen. Este caso ilustra la relevancia clínica de dicho hallazgo en el contexto de un paciente con disnea subaguda evaluado inicialmente en Atención Primaria.

Presentación del caso: Paciente masculino de 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, consulta en CESFAM por disnea progresiva de tres meses, tos seca y palpitaciones sin dolor torácico. Al examen: PA 116/76 mmHg, SatO2 94%, sin signos de congestión ni estigmas de insuficiencia cardíaca. ECG evidenció ritmo sinusal, eje derecho, inversión de onda T en V1–V4 y patrón S1Q3T3. Ante la sospecha de TEP se deriva al Hospital de Quirihue y posteriormente a San Carlos para estudio. Laboratorio: dímero D 4585 ng/mL, troponina 175 pg/mL, PCR 34 mg/L. AngioTAC de tórax confirmó TEP agudo lobar y segmentario bilateral. Se clasificó como PESI IV (riesgo intermedio-alto) y se hospitalizó en UCI para anticoagulación con enoxaparina 80 mg SC y monitorización, evolucionando favorablemente.

Discusión y conclusiones: Aunque el patrón S1Q3T3 carece de alta sensibilidad, su especificidad es significativa cuando se asocia a disnea aguda sin causa evidente. En contextos rurales o de recursos limitados, la interpretación clínica del ECG sigue siendo una herramienta esencial para orientar el diagnóstico de TEP y evitar retrasos terapéuticos. Este caso refuerza la necesidad de mantener un alto índice de sospecha ante hallazgos electrocardiográficos compatibles, destacando el valor de la Atención Primaria en la pesquisa temprana y derivación oportuna.

Palabras clave: Tromboembolismo Pulmonar, Electrocardiografía, Atención Primaria, S1Q3T3, Diagnóstico Precoz

PERFIL DE USUARIOS DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR EN UN CESFAM DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO

Autores: Torrealba Iglesias Montserrat (1); Bustamante Duarte Esperanza (1) Requena Fuentes Fernanda (2)
Afiliaciones: (1) Médico general de Zona, CESFAM Cordillera, Valparaíso. (2) Médico general de Zona, CESFAM Valle Mar, Navidad.

Materiales y métodos: Diseño transversal descriptivo. Se analizó datos provenientes de 2.158 usuarios inscritos en el PSCV de un CESFAM de la V región. Se exploraron antecedentes demográficos, comorbilidades y riesgo cardiovascular (RCV). El análisis descriptivo se realizó con proporciones para variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas. El uso de los datos para este análisis fue autorizado por la dirección del establecimiento.

Resultados: 23.6% de la población a cargo se encuentra activa en el PSCV. La edad promedio fue de 64 años (DE 14,9) y el 60.1% correspondió a mujeres. El 0,4% es migrante y el 0,3% se identificó con pueblos originarios. Entre las principales condiciones, un 83,9% presenta hipertensión arterial, 56,3% dislipidemia, 37,2% diabetes mellitus 2 y 23,1% tabaquismo. Un 40,7% tiene multimorbilidad. Respecto al riesgo cardiovascular, 51,3% fue clasificado como alto y 36,5% como moderado, 12.2% bajo. Solo el 9,7% realizaba actividad física regular. DISCUSIÓN Y CONCLUSION ES Dentro de los datos analizados no se incluyeron pacientes “inactivos” del PSCV, quienes no presentan controles recientes ni datos actualizados. Cabe mencionar que en el registro se encontraron datos repetidos, desactualizados o erróneos que pudieran generarse por error al llenar manualmente los datos. Los resultados evidencian una población predominantemente adulta mayor, femenina, con alta carga de comorbilidades y riesgo cardiovascular elevado. La baja proporción de actividad física y la presencia de multimorbilidad destacan la necesidad de fortalecer intervenciones integrales en APS orientadas al autocuidado, rehabilitación y prevención secundaria.

Palabras clave: Atención primaria, factores de riesgo cardiovascular, prevalencia.

PERFORACIÓN DE ÚLCERA DUODENAL EN PACIENTE CON SÍNDROME ULCEROSO NO TRATADO: REPORTE DE CASO.

Autores: Letelier Lazo Claudia Carolina (1); Medina Becerra Pablo Andres(1), Letelier Lazo Iñaki (2); Salas Verdugo María Tatiana (3);
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Salamanca, Salamanca (2) Interno de Medicina, Hospital Base Valdivia, Universidad Austral de Chile, Valdivia (3) Medico General de Zona, CESFAM Urbano, Illapel

Introducción: La enfermedad ulcerosa péptica es una causa relevante de morbilidad gastrointestinal, especialmente en pacientes con tabaquismo crónico y dispepsia no tratada. La perforación de una úlcera duodenal constituye una urgencia quirúrgica potencialmente letal, que requiere diagnóstico precoz y manejo quirúrgico oportuno. Se presenta el caso de un paciente con síndrome ulceroso previo, sin tratamiento, que desarrolló un cuadro de abdomen agudo secundario a perforación de úlcera duodenal.

Presentación del caso: Paciente masculino, fumador activo (10 cigarrillos/día por 30 años), con historia de dolor epigástrico urente y reflujo por 10 años, sin estudio ni tratamiento. Consultó por dolor abdominal epigástrico intenso, tipo urente-punzante, EVA 10/10, de inicio súbito tras sensación de “reventón” en epigastrio, sin irradiación ni síntomas digestivos o urinarios asociados. Al examen físico: paciente muy álgico, signos vitales normales, abdomen duro y doloroso con signos de irritación peritoneal. Se administró analgesia endovenosa (fentanilo, ketoprofeno, metamizol) y omeprazol EV. Se solicitan exámenes de laboratorio sin alteraciones a destacar, electrocardiograma sin cambios isquémicos y radiografía de abdomen en bipedestación que indicó un leve neumoperitoneo. Se decide traslado a centro de derivación para estudio con TAC abdominopélvico con contraste que evidenció hidroneumoperitoneo e imagen sugerente de solución de continuidad en región piloroduodenal, compatible con perforación de víscera hueca. Se decide reparación quirúrgica de urgencias. Evolucionó favorablemente en el postoperatorio.

Discusión y conclusiones: La perforación de úlcera duodenal es una complicación infrecuente pero grave. El tabaquismo y la falta de tratamiento del síndrome ulceroso son factores predisponentes. El diagnóstico se basa en la clínica de dolor epigástrico súbito y signos peritoneales asociado a neumoperitoneo en la radiografía de abdomen de pie, confirmándose con tomografía computada. Este caso destaca la importancia de la sospecha diagnóstica y del manejo oportuno, además de la necesidad de tratamiento médico precoz en pacientes con dispepsia crónica.

Palabras clave: Abdomen agudo, Úlcera péptica, Perforación duodenal

PERICARDITIS AGUDA ASOCIADA A HERPES ZÓSTER, REPORTE DE CASO.

Autores: Sandoval Arriagada Cristian (1); Reyes Pacheco Ignacio (1), Melo Valenzuela Camila (1), Donoso Donoso Francisco (1)
Afiliaciones: (1) Médico EDF, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Nueva Imperial, Chile

Introducción: La pericarditis aguda es una inflamación del pericardio con múltiples etiologías, incluyendo infecciones virales, enfermedades autoinmunes y complicaciones iatrogénicas. Se caracteriza por dolor torácico pleurítico que mejora al incorporarse, cambios electrocardiográficos y, en ocasiones, derrame pericárdico detectable mediante ecocardiografía. Aunque los virus más comunes son Coxsackie y adenovirus, la asociación con herpes zóster es infrecuente y poco documentada, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. Este reporte describe un caso de pericarditis aguda secundaria a herpes zóster, destacando la presentación clínica, hallazgos diagnósticos y respuesta terapéutica, con el fin de contribuir al reconocimiento temprano y manejo adecuado de esta condición rara.

Presentación del caso: Paciente femenina de 48 años, con antecedentes de enfermedad renal crónica etapa 4, poliarteritis nodosa en tratamiento con rituximab y corticoides, hipertensión arterial y displasia fibromuscular de carótidas, consultó por dolor torácico izquierdo punzante de 3 días, asociado a náuseas, que mejoraba al sentarse e inclinarse hacia adelante, sin antecedente de trauma. Al examen físico se observaron lesiones eritematosas dolorosas distribuidas en dermatomas desde la línea media del dorso a la tercera costilla hasta la línea mamaria izquierda, sin compromiso del pezón. La auscultación cardiopulmonar fue normal. Electrocardiograma en ritmo sinusal, sin alteraciones de ST. En exámenes destacaba troponina T de 15, no evolutiva, sin elevación de parámetros inflamatorios, sin anemia. Se hospitalizó para manejo de herpes zóster diseminado y estudio de pericarditis aguda. Se administró aciclovir por 14 días con buena respuesta. Ecocardiograma mostró pericardio hiperrefringente y ligeramente engrosado, con mínimo derrame laminado, hallazgos compatibles con pericarditis aguda. Se inició colchicina y se dio de alta con control ambulatorio con cardiología.

Discusión y conclusiones: La pericarditis asociada a herpes zóster es rara y requiere alta sospecha clínica, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. Este caso evidencia que el diagnóstico oportuno, basado en hallazgos cutáneos y ecocardiográficos, junto con tratamiento antiviral y colchicina, permite evolución favorable. Se recomienda considerar esta etiología en pacientes con herpes zóster y dolor torácico, favoreciendo un abordaje multidisciplinario y seguimiento cardiológico.

Palabras clave: Herpes Zóster, Infección por el Virus de la Varicela-Zóster, Pericarditis

PERICARDITIS AGUDA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Autores: Arcos Rojas Franco Antonio (1); Villar Henríquez Matías Ignacio (2); Elgueta Oyanedel, Daniela Paola (3)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Jorge Jordán Domic, Ovalle (2) Médico General de Zona, CESFAM Sotaquí, Ovalle (3) Médico General de Zona, CESFAM Rural Pan de Azúcar, Coquimbo

Introducción: La pericarditis es un proceso inflamatorio del pericardio que puede presentarse como un evento primario aislado o secundario a patologías sistémicas, como el lupus eritematoso sistémico (LES). El LES es una enfermedad inflamatoria crónica, multisistémica y autoinmune, caracterizada por manifestaciones clínicas diversas e inespecíficas. El diagnóstico se basa principalmente en la evaluación clínica, apoyada por la detección de autoanticuerpos, entre los cuales destacan los anticuerpos antinucleares (ANA), anti-ADN y anti-Smith (anti-Sm).

Presentación del caso: Femenina de 33 años, con antecedente de hipertensión arterial, obesidad y recambio valvular biológico en 2021, secundario a endocarditis bacteriana (EB) de origen dental, consulta por omalgia y precordialgia con tope inspiratorio de dos días de evolución. Ingresa afebril y hemodinámicamente estable. En estudio destaca electrocardiograma normal, proteína C reactiva 202 mg/L, creatininemia 1.8 mg/dL, leucocitosis 18.700 mm3/mL, plaquetopenia 120 mil/mm3 y Hemoglobina 11 g/dL. Se inicia tratamiento empírico con vancomicina y gentamicina endovenosa por sospecha de recurrencia de EB, el cual es suspendido tras siete días, dado evolución favorable, hemocultivos negativos y ecocardiografía transesofágica sin vegetaciones valvulares. En estudio con tomografía computarizada destaca realce pericárdico y derrame laminar sugerente de pericarditis. Se inicia tratamiento con colchicina y se completa estudio inmunológico, destacando anticuerpos anti-Sm (+), ANA 1:160, Anti-DNA (+), anticardiolipina y anti B2-glicoproteina p>90 por lo que se diagnostica LES. El cuadro presenta una evolución autolimitada con remisión total, continuando seguimiento y tratamiento de forma ambulatoria por equipo de reumatología. Se firma consentimiento informado con paciente.

Discusión y conclusiones: La pericarditis constituye un diagnóstico diferencial relevante en el estudio del dolor torácico; sin embargo, la presencia de antecedentes cardiovasculares puede enmascarar su sospecha clínica. La pericarditis corresponde a la manifestación cardiovascular más frecuente del LES pero representa un desafío diagnóstico dada la amplia gama de posibles etiologías, asociado a la inespecificidad de los síntomas sistémicos del lupus en pacientes no diagnosticados. Por ello resulta fundamental mantener una adecuada sospecha clínica sustentada en una anamnesis detallada, evaluación integral y el estudio de laboratorio dirigido.

Palabras clave: Endocarditis bacteriana, Lupus eritematoso sistémico, Pericarditis, Precordialgia.

PERICARDITIS COMPRESIVA SECUNDARIA A PENETRANTE TORÁCICA: UN DIAGNÓSTICO TARDÍO EN PACIENTE JOVEN

Autores: Mosso Campos Florencia (1); Thiers Shibar Florencia (1), Araya Vásquez Tatiana (1), Fernández González Nicolás Andrés (2)
Afiliaciones: (1) Médico general de zona, Hospital Dr Abel Fuentealba Lagos, San Javier, Región del Maule. (2) Interno de Medicina, Universidad de Talca, Región del Maule.

Introducción: La pericarditis compresiva es una complicación infrecuente pero potencialmente grave, caracterizada por engrosamiento o inflamación del pericardio que restringe el llenado cardíaco. Su origen traumático es poco común, y el diagnóstico suele retrasarse debido a la inespecificidad de los síntomas. Se presenta el caso de un paciente joven con antecedente de herida torácica penetrante que evolucionó con disnea progresiva secundaria a pericarditis compresiva.

Presentación del caso: Paciente de sexo masculino de 20 años, sin antecedentes crónicos, consulta por cuadro de cuatro días de evolución de disnea de esfuerzos moderados, asociado a ortopnea, disnea paroxística nocturna, fiebre cuantificada hasta 38 C y dolor torácico bilateral que se exacerba con la inspiración. Refiere antecedente de herida torácica penetrante dos meses antes. Al examen físico destacan ruidos cardíacos disminuidos e ingurgitación yugular leve. Radiografía de tórax: cisuritis derecha sin condensación, cardiomegalia incipiente. Laboratorio: PCR 236 mg/L, dímero D 4200 ng/mL, lactato 10 mmol/L, troponina 0.011 ng/mL. Ante sospecha de complicación postraumática, se realiza TAC de tórax que muestra abundante derrame pericárdico hipodenso con engrosamiento e hipercaptación pericárdica, compatibles con pericarditis compresiva de probable origen infeccioso postraumático. Se hospitaliza para manejo antibiótico y evaluación quirúrgica.

Discusión y conclusiones: La pericarditis compresiva postraumática es poco frecuente, por lo que debe sospecharse en casos de disnea, cardiomegalia y antecedente de herida torácica penetrante. Para el diagnóstico, es clave la correlación clínica e imagenológica. El manejo oportuno evita el deterioro hemodinámico y las secuelas cardíacas crónicas.

Palabras clave: Caso clínico; Derrame pericárdico; Pericarditis; Trauma torácico

PERICARDITIS CONSTRICTIVA TUBERCULOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Córdova Mansilla, Fernando (1); Perlwitz Brun, Ingeborg (1) Santana Saavedra, Constanza (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Cesfam Purranque, Purranque

Introducción: La tuberculosis (TBC) pericárdica es una forma grave de TBC extrapulmonar, entregando una elevada morbilidad al cuadro (taponamiento cardíaco, pericarditis constrictiva). Se presenta en el 1% de las TBC pulmonares, teniendo como clínica predominante el derrame pericárdico en un 80% de las ocasiones. El objetivo es describir una manifestación infrecuente de esta enfermedad. A continuación, se presenta un caso del Hospital base Osorno.

Presentación del caso: Mujer de 41 años, haitiana, sin antecedentes mórbidos relevantes. Consultó por dolor torácico de 1 semana de evolución más fatigabilidad y sensación febril, sin otros síntomas asociados. Al ingreso febril más signos y síntomas de insuficiencia cardiaca. Ecocardiografía y tomografía computada sugerentes de pericarditis constrictiva. Laboratorio destacó anemia, linfopenia y proteína C reactiva elevada. Se realizó pericardiocentesis para drenaje y toma de muestra de líquido. Prueba rápida de reacción en cadena de polimerasa GeneXpert MTB/RIFMR y cultivo de Koch en medio líquido MGITMR positivo para Mycobacterium tuberculosis multisensible. Se hospitalizó con diagnóstico de pericarditis constrictiva tuberculosa. Se inició tratamiento con esquema combinado para TBC y corticoides. Evolucionó sin falla cardiaca y sin reacciones adversas al tratamiento farmacológico. Se retiró drenaje al quinto día con un débito total de 2000 cc. Al decimocuarto día presentó recurrencia de derrame pericárdico, por lo que se decidió realizar ventana pericárdica para drenaje y obtención de muestra, sin complicaciones en el postoperatorio. Presentó mejoría clínica, decidiéndose el alta médica al decimoctavo día para continuar con tratamiento de forma ambulatoria. Biopsia diferida informó proceso inflamatorio crónico y agudo, en partes granulomatoso, negativo para bacilos ácido alcohol resistentes. Durante seguimiento permanece asintomática.

Discusión y conclusiones: La pericarditis tuberculosa se puede presentar a cualquier edad. Clínicamente tiene tres formas de presentación: derrame pericárdico, pericarditis constrictiva y forma mixta. Es importante tener una elevada sospecha en grupos de riesgo. Resulta relevante ya que es una presentación infrecuente donde el diagnóstico oportuno y el tratamiento precoz es esencial para evitar manifestaciones graves de la enfermedad.

Palabras clave: pericarditis, pericarditis constrictiva, tuberculosis

PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA: FORMA INFRECUENTE, SEVERA Y DESTRUCTIVA DE UNA PATOLOGÍA FRECUENTE

Autores: Rosas Silva Javier (1); Pinto Castillo Moisés (2), Schwarz Recabarren Niklas (2), Fernández Muñoz Juan (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Coelemu, Coelemu (2) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción

Introducción: La pielonefritis xantogranulomatosa (PXG) es una forma infrecuente y severa de pielonefritis crónica, caracterizada por la inflamación granulomatosa y destructiva del parénquima renal, asociándose a obstrucción urinaria, litiasis e infecciones urinarias persistentes. Su clínica inespecífica suele imitar procesos neoplásicos, requiriendo imágenes para su diagnóstico. El tratamiento de elección es la nefrectomía. No obstante, el manejo debe individualizarse según la estabilidad clínica, extensión del compromiso y respuesta al tratamiento conservador. Presentamos el caso de una paciente con PXG derecha confirmada por Tomografía Axial Computarizada (TAC) que fue manejada quirúrgicamente.

Presentación del caso: Mujer de 52 años de edad con antecedente hidronefrosis renal derecha y cálculos en pelvis renal ipsilateral, consulta en urgencias por cuadro de 1 mes de evolución de dolor tipo cólico nefrítico, asociado desde hace 2 días con deterioro del estado general, mialgias, sensación febril, palpitaciones, disuria y nicturia. Se hospitaliza para manejo antibiótico con ceftriaxona, presentando mala respuesta, por lo cual se ajusta a meropenem. Ecografía renal informa aumento del tamaño del riñón derecho, con severa hidronefrosis y litiasis en pelvis renal, con adelgazamiento y aumento de la ecogenicidad del parénquima, sugerente de PXG. Se amplia estudio con TAC, corrobora hallazgos de ecografía, confirmando PXG derecha. Urología indica nefrectomía total derecha por diagnóstico de PXG, realizada sin incidentes, presentando buena evolución postoperatoria, siendo dada de alta.

Discusión y conclusiones: La PXG es una entidad infrecuente, pero relevante, de los diagnósticos diferenciales de pielonefritis aguda refractaria a tratamiento, correspondiendo a un desafío diagnóstico al confundirse con neoplasias renales debido a su clínica inespecífica. El diagnóstico definitivo requiere histología pero, los hallazgos imagenológicos tales como riñón aumentado de tamaño, con reemplazo del parénquima por áreas hipodensas y realce perirrenal son sugerentes. El tratamiento depende de la extensión, siendo la nefrectomía la opción definitiva en casos avanzados o refractarios. Este caso evidencia la relevancia del diagnóstico precoz y el abordaje individualizado de PXG. La nefrectomía continúa siendo el tratamiento curativo estándar, con pronóstico favorable tras resolución completa del foco infeccioso e inflamatorio.

Palabras clave: Litiasis, Pielonefritis Xantogranulomatosa, Urología

PLASMOCITOMA AMIGDALIANO IZQUIERDO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE MIELOMA MÚLTIPLE: REPORTE DE CASO

Autores: Isidora Godoy Ortega (1); Constanza Cuadra Miranda (2), Javiera López Sáez (2), Paloma Larraín Faúndez (2).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Pichidegua, Pichidegua, Chile. (2) Interna de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

Introducción: El plasmocitoma extramedular (PEM) corresponde a una proliferación monoclonal de células plasmáticas que se origina fuera de la médula ósea, representando aproximadamente el 3% de las neoplasias de células plasmáticas. La región de cabeza y cuello constituye la localización más frecuente, particularmente los tejidos blandos del tracto aerodigestivo superior. El diagnóstico se basa en la demostración histológica e inmunohistoquímica de monoclonalidad plasmática, junto con la exclusión de compromiso sistémico que defina mieloma múltiple.

Presentación del caso: Paciente masculino de 68 años, con antecedentes de úlceras varicosas, fibrilación auricular, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, hospitalizado por úlceras sobreinfectadas y anemia severa (Hb 6,6 g/dL). Durante la hospitalización presentó melena y hematemesis; la endoscopía digestiva alta no mostró lesiones, pero se evidenció masa tumoral en amígdala izquierda con focos de sangrado. La tomografía computarizada de cuello informó una lesión vascularizada de 21 × 20 mm en orofaringe izquierda y una lesión lítica en calota frontal. La biopsia fue compatible con neoplasia de células plasmáticas con monoclonalidad lambda, confirmando plasmocitoma extramedular. Dada la coexistencia de una lesión ósea, se planteó probable mieloma múltiple en estudio hematológico. El paciente recibió múltiples transfusiones por anemia, suspendiéndose anticoagulación y reiniciando posteriormente tromboprofilaxis. Quedó en espera de evaluación por cirugía de cabeza y cuello para etapificación y manejo definitivo. Se obtuvo consentimiento informado por escrito para la utilización de los datos clínicos y publicación del caso, resguardando su anonimato.

Discusión y conclusiones: Los plasmocitomas extramedulares de cabeza y cuello pueden simular tumores epiteliales, presentándose con disfagia, obstrucción o sangrado orofaríngeo. La evaluación integral con aspirado y biopsia de médula ósea, junto con estudios de imagen corporal total, es esencial para descartar mieloma múltiple. En este caso, la presencia de una lesión ósea concomitante sugiere compromiso sistémico inicial. El diagnóstico temprano y la adecuada etapificación determinan el pronóstico y guían la elección del tratamiento, que puede incluir radioterapia local o terapia sistémica dirigida. Este caso resalta la necesidad de considerar plasmocitoma en el diagnóstico diferencial de masas amigdalianas, especialmente frente a anemia o sangrado orofaríngeo inexplicado, destacando la importancia del manejo conjunto entre otorrinolaringología y hematología.

Palabras clave: Amígdala palatina, Mieloma múltiple, Plasmocitoma extramedular, Neoplasia de células plasmáticas, Orofaringe.

PLASMOCITOMA COSTAL COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN EL ESTUDIO DE DORSALGIA CRÓNICA

Autores: Ayala Farías Martín (1); Rehbein Vicuña Roberto (2), Lillo Castro Karin (2), Rosas Jovanin Javiera (2)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM René Tapia Salgado, Castro, Chiloé. (2) Interno de medicina, Universidad San Sebastián, Sede de la Patagonia, puerto Montt, Chile

Introducción: El plasmocitoma solitario óseo es una neoplasia de células plasmáticas confinada a un único sitio óseo, sin criterios de mieloma múltiple, y representa cerca del 3–5% de estas neoplasias. Afecta preferentemente huesos axiales como columna y costillas, y suele manifestarse con dolor focal inespecífico, lo que favorece retrasos diagnósticos o hallazgos incidentales en estudios de imágenes solicitados por otras causas. La caracterización radiológica es fundamental, mientras que el diagnóstico definitivo requiere confirmación histopatológica y evaluación hematológica dirigida.

Presentación del caso: Paciente masculino de 66 años con dolor dorsal interescapular de larga data, descrito como crisis lacerantes de pocos minutos, autolimitadas, sin irradiación y ocasionalmente asociadas a tos e impotencia funcional transitoria, con curso fluctuante en el tiempo y sin traumatismo ni síntomas acompañantes. El examen físico no evidenció lesiones ni hallazgos osteomusculares positivos en la región dorsal. Se solicitó radiografía de tórax por sospecha de origen pulmonar, identificándose imágenes pseudonodulares proyectadas en lóbulo superior derecho con aparente compromiso pleural. Se realizó TC TAP el 04/10/24, que mostró un tumor de partes blandas en relación al margen posterior y lateral del segundo arco costal derecho, con expansión y cambios líticos, de 8,6 × 4,9 × 4,5 cm, sin evidencia de diseminación torácica. Por sospecha de lesión ósea primaria maligna o de origen hematológico se derivó a evaluación oncohematológica, tras lo cual se efectuó biopsia el 12/12/24, que informó neoplasia maligna de morfología plasmocitoide.

Discusión y conclusiones: El plasmocitoma solitario óseo puede presentarse como dolor inespecífico y ser diagnosticado incidentalmente en estudios de imagen, con predilección por esqueleto axial como costillas. La ausencia de síntomas sistémicos es compatible con su naturaleza localizada. La TC permitió sospechar lesión ósea agresiva, y el diagnóstico definitivo requiere confirmación histológica y evaluación hematológica. Este caso resalta la necesidad de considerar patología maligna ante hallazgos imagenológicos no concordantes con dolor musculoesquelético banal.

Palabras clave: Costillas, Dolor de la Espalda, Hallazgos Incidentales, Lesiones Óseas, Neoplasias Hematológicas, Plasmocitoma

POLIMIALGIA REUMÁTICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ARTICULAR EN ADULTO MAYOR, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Alegría Tapia María (1); Serri López Ibis (2); Joa Fajardo Jesús (3)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Loma Colorada, San Pedro de La Paz, Concepción. (2) Médico General de Zona, Hospital San Juan de Dios Cauquenes, Cauquenes. (3) Médico general de Zona, Centro de Salud Familiar Barón, Valparaíso. (3) Médico general, Centro de Salud Familiar Loma Colorada, San Pedro de La Paz, Concepción.

Introducción: El dolor articular en el adulto mayor es un problema de salud común, con diversas causas posibles, desde trastornos degenerativos hasta enfermedades inflamatorias. La polimialgia reumática (PMR) es una de estas enfermedades, caracterizada por dolor y rigidez en la cintura escapular y pélvica, y que puede confundirse fácilmente con otras condiciones. Este caso clínico tiene como objetivo resaltar la importancia de la PMR como diagnóstico diferencial frente a otros trastornos musculoesqueléticos en el adulto mayor, subrayando la relevancia de un diagnóstico precoz para un manejo adecuado.

Presentación del caso: Paciente masculino de 96 años. Antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica etapa IIIA, gonartrosis y coxartrosis bilateral de larga data. Previamente autovalente, relata cuadro de un mes de evolución de inicio súbito de dolor articular bilateral en hombro, muñecas e interfalángicas distales, asociados a debilidad de extremidad superior y rigidez matutina de una hora que cede con masajes y movimiento. Respuesta parcial a ajuste de analgesia con paracetamol a dosis plenas asociado a tramadol cincuenta miligramos (mg) al día de rescate. Gran limitación funcional, ingresa a programa dependencia severa. Niega cefalea o rigidez mandibular. Por cuadro descrito se sospecha PMR. Se indica prueba terapéutica con prednisona en dosis decrecientes hasta mantención de cinco mg al día. En laboratorio destaca anemia leve normocítica normocrómica, sin elevación de parámetros inflamatorios. Evaluado por reumatología, impresiona cuadro compatible con PMR, se ajusta dosis de prednisona a 7.5 mg al día, no se agrega otro inmunosupresor por comorbilidades.

Discusión y conclusiones: La PMR es una patología inflamatoria crónica casi exclusiva de la población geriátrica. La prevalencia incrementa con la edad. Representa un desafío diagnóstico en adultos mayores con comorbilidades musculoesqueléticas. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, el laboratorio es poco específico. Deben excluirse diagnósticos diferenciales. Los glucocorticoides en dosis bajas son el tratamiento de elección, logrando rápida resolución de los síntomas entre 24 a 72 horas, siendo considerados también como prueba terapéutica. Mantener un alto índice de sospecha en atención primaria es clave para favorecer el tratamiento oportuno, prevenir la discapacidad, mantener la funcionalidad y optimizar recursos.

Palabras clave: Polimialgia reumática, artralgia, adulto mayor

POLIOSIS COMO SIGNO CENTINELA QUE OBLIGA A DESCARTAR EL SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Palma Guzmán Gonzalo (1); Dupré Jacome Anita (1); Cerda Guzmán, Noemí María (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Mulchén, Mulchén. (2) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.

Introducción: La poliosis es la ausencia o reducción del contenido de melanina en el pelo de cualquier parte del cuerpo. Puede ocurrir a cualquier edad y debe reconocerse como un posible signo inicial en muchos síndromes genéticos o adquiridos. Dentro de las causas adquiridas tenemos neoplasias benignas o malignas y condiciones autoinmunes como el vitíligo. Ha sido bien descrita en niños con el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH), un trastorno autoinmune multisistémico que ataca a los melanocitos en el ojo, el oído medio, la piel, el cabello y las meninges. Los síntomas iniciales se han descrito desde los 2 años de edad e incluyen: dolor ocular, enrojecimiento y visión borrosa, dolores de cabeza y disacusia. Se presenta el caso de un paciente que consultó en la atención primaria de salud por un cuadro de larga data de hipopigmentación de la piel.

Presentación del caso: Paciente masculino de 17 años, con antecedente de trastorno del espectro autista, consultó por cuadro de un año de evolución caracterizado por hipopigmentación de la piel de la región periorbicular derecha, asociado a una coloración blanquecina de las pestañas del ojo derecho y de algunos vellos de la región temporal. Al examen físico el ojo derecho presentó algunas pestañas con hipopigmentación focal, visibles como mechones blancos. Además, se observó leve leucodermia de la región periorbicular derecha e hipopigmentación focal de inicio de cabello en la región temporal derecha. Como diagnósticos diferenciales se planteó poliosis y vitíligo. No se contó con métodos diagnósticos adicionales. Se derivó mediante interconsulta digital a dermatología. El especialista planteó derivar a oftalmología y neurología para descartar síndrome de VKH.

Discusión y conclusiones: El diagnóstico diferencial de la poliosis es amplio. Actualmente, existe una escasez de literatura que delimite un marco diagnóstico. Dado que muchas de estas condiciones tienen manifestaciones extra cutáneas, situarlo de forma temprana dentro de un diagnóstico sindromático puede conducir a un tratamiento y a derivaciones adecuadas. Pese a que el paciente no presentó síntomas típicos iniciales de VKH, estos pueden ser sutiles o de presentación variable, por lo que la presencia de poliosis obliga a descartarlo.

Palabras clave: Poliosis; Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada; Hipopigmentación del cabello.

POROCARCINOMA CUTÁNEO, EL DESAFÍO DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LESIONES CRÓNICAS

Autores: Palomino Castro Michelle (1); Aravena Traipi Laura (2), Monroy Cornejo Brayan (2), Bascetta Ramírez Jairo (3)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Paipote, Copiapó. (2) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Atacama, Copiapó. (3) Médico Cirujano Oncólogo, Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Copiapó.

Introducción: El porocarcinoma es una neoplasia maligna infrecuente, originada en las glándulas ecrinas, que representa menos del 0,01% de los tumores cutáneos. Su presentación clínica suele ser inespecífica, con lesiones de crecimiento lento pero progresivo, con riesgo de ulceración, sobreinfección y metástasis. Su diagnóstico requiere confirmación histológica e inmunohistoquímica.

Presentación del caso: Femenina de 37 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, quien consultó en múltiples ocasiones en atención primaria de salud (APS), por una lesión cutánea pruriginosa de un año de evolución en el antebrazo derecho, con crecimiento progresivo y signos de ulceración. Fue derivada y evaluada en dermatología dado la poca respuesta a tratamiento, donde se tomó una muestra para enviarla a biopsia. Se analizaron los hallazgos clínicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos, así como el abordaje quirúrgico a realizar. La biopsia mostró características compatibles con Porocarcinoma, con contacto a bordes laterales y profundo. No se observó infiltración vascular, linfática ni perineural. Inmunohistoquímica: CD10 positivo en estroma, p63 positivo en células neoplásicas y Ki-67 con índice de proliferación del 10%. Al examen físico se evidenció una cicatriz eutrófica de 1,5 cm sin masas palpables ni adenopatías regionales. Se indicó resección oncológica con reconstrucción inmediata. Se solicitaron estudios de extensión, incluyendo ecografía axilar, sin hallazgos patológicos. Consentimiento informado autorizado.

Discusión y conclusiones: El porocarcinoma debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas crónicas y progresivas en APS. La confirmación diagnóstica precoz mediante biopsia e inmunohistoquímica permite una intervención quirúrgica oportuna con márgenes adecuados, lo cual constituye el tratamiento de elección. El seguimiento clínico-radiológico es fundamental para detectar recurrencias o metástasis, dada la agresividad potencial de esta neoplasia.

Palabras clave: Inmunohistoquímica, Neoplasias cutáneas, Porocarcinoma ecrino.

POSICIÓN DE TRÍPODE EN BIPEDESTACIÓN COMO MANEJO TRANSITORIO DE EDEMA PULMONAR AGUDO CARDIOGÉNICO EN CONTEXTO DE POSTA DE SALUD RURAL:

Autores: Vásquez Salinas Valentina (1); Hepp Dekovic Bastián (2) Montecino Castillo Lissett (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Iris Véliz Hume, Arica. (2) Médico General de Zona, Posta Salud Rural San Miguel de Azapa, Arica.

Introducción: El Edema Pulmonar Agudo cardiogénico (EPAc) tiene una alta mortalidad. La atención primaria de salud no cuenta con herramientas para su manejo, dado que éste se realiza hospitalizado; sin embargo, son necesarias las estrategias de soporte hasta la derivación a un servicio de urgencias. Se presenta un caso clínico de un EPAc, donde la atención inicial fue en una posta rural, y que a pesar de la falta de insumos, se logró estabilizar al paciente hasta su traslado.

Presentación del caso: Se presenta información previa firma de consentimiento informado. Masculino de 70 años, con Hipertensión arterial, sin tratamiento. Consultó en posta rural por cuadro de 12 horas de dolor torácico opresivo, disnea, nicturia y edema de extremidades inferiores (EEII). Ingresó saturando 88%, frecuencia cardiaca de 132 y presión arterial de 213/133. Al examen físico presentaba yugulares ingurgitadas, ventilación con uso de musculatura accesoria, se auscultaron crépitos y estertores difusos, con edema de EEII. Se inició monitorización en camilla, semi sentado, y oxigenoterapia con 15 litros por mascarilla reservorio. Se descartó infarto agudo al miocardio tomando electrocardiograma. Continuó deteriorándose, saturando 83%, con mayor disnea. Se acordó intentar una posición de trípode en bipedestación con precaución. Un minuto después, mejoró la disnea, saturando 94% y disminuyó el uso de musculatura accesoria. Luego se trasladó en ambulancia, en posición semisentada al Servicio de Urgencia del Hospital de Arica, donde ingresó nuevamente saturando 88% manteniendo el apoyo de oxígeno. Se inició ventilación mecánica no invasiva, nitroglicerina y furosemida endovenosa. Se hospitalizó en Unidad de Intermedio, donde se estabilizó la presión arterial. Se estudió con ecocardiograma, informando función sistodiastólica conservada, sin alteraciones valvulares. Fue dado de alta al sexto día.

Discusión y conclusiones: En las guías clínicas del manejo del EPAc, se describen terapias para utilizar en contexto hospitalario, pero no se sugieren manejos prehospitalarios ni posicionamientos como parte del tratamiento inicial. Gracias a la redistribución del volumen sanguíneo que consecuentemente disminuye la presión arterial pulmonar, tanto la fisiología como el caso clínico presentado, apoyan el posicionamiento del paciente como terapia básica en un paciente con EDAc si no se cuenta con recursos para iniciar tratamiento con fármacos.

Palabras clave: Edema Pulmonar, Posición de Pie, Salud Rural

PRECISANDO EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Espinoza Correa Bastián (1); Hamidi-Vadeghani Majd Neshat (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Purranque, Purranque, Los Lagos. (2) Médico General de Zona, CESFAM de Puaucho, Puaucho, San Juan de la Costa (3) Médico General de Zona, Hospital de Purranque, Purranque, Los Lagos.

Introducción: El Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) es una condición frecuente en Unidades de Paciente Crítico (UPC), y es la patología insigne de estudios que sientan las bases de los parámetros utilizados actualmente en Ventilación Mecánica Invasiva (VMI). Se presenta caso de SDRA secundario a Tuberculosis (TBC) miliar. El objetivo es clarificar el concepto de SDRA (muchas veces malinterpretado) y definir pilares de manejo.

Presentación del caso: Paciente masculino de 56 años, sin antecedentes médicos. Consentimiento informado firmado. Consulta por dos meses de tos productiva, baja de peso, fiebre y disnea progresiva. Al examen físico destacan crépitos difusos al examen pulmonar, sin otros hallazgos. Radiografía de tórax muestra patrón micronodular difuso compatible con TBC miliar. Posteriormente se confirma caso de TBC con GeneXpert. Se hospitaliza en sala básica y se inicia tratamiento de TBC con esquema usual (4 fármacos). Sin embargo, a los 5 días presenta deterioro respiratorio grave y progresivo, por lo que requiere manejo con intubación y VMI. Se traslada a UPC, se realiza Scanner de tórax, donde se informa: patrón intersticial difuso, sin condensaciones, sin derrame pleural, sugerente de SDRA. Se diagnostica SDRA secundario a TBC miliar. Se maneja con VMI protectora; con requerimientos de prono y Bloqueo Neuromuscular (BNM) por gravedad. Luego de 6 días evoluciona de manera favorable, siendo extubado para completar su tratamiento de TBC.

Discusión y conclusiones: SDRA es una patología frecuente en UPC, con prevalencia de 10%. A diferencia de lo que suele pensarse, el SDRA no es una patología infecciosa, sino más bien una respuesta inflamatoria del pulmón secundario a gatillantes (pulmonares directos o indirectos). El hecho fisiopatológico central es el aumento de la permeabilidad del capilar pulmonar mediado por citoquinas inflamatorias. Es una patología de importancia histórica, dado que en estudios de pacientes con SDRA se sientan las bases de la VMI protectiva (de bajo Volumen corriente). También en su contexto se demostró reducción de mortalidad con el uso de posición prono, y BNM; extrapolados en su uso a otras patologías respiratorias.

Palabras clave: Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda, Ventilación Mecánica, Tuberculosis miliar

PRESENTACION ATIPICA DE PANCREATITIS AGUDA, A PROPOSITO DE UN CASO:

Autores: Stevens de la Maza Daniela (1); Menzel Soto Karin (1), Gardella Cares Giovanna (1)
Afiliaciones: (1)Médico general de zona, Hospital Santo Tomás de Limache, Limache.

Introducción: La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio del páncreas caracterizado por activación prematura de enzimas digestivas, generando daño tisular y respuesta inflamatoria sistémica. Su diagnóstico suele ser clínico y bioquímico, basado en dolor abdominal típico, elevación de amilasa o lipasa sérica y hallazgos imagenológicos. Sin embargo, existen presentaciones atípicas que pueden simular otras patologías, dificultando la sospecha inicial y retrasando el tratamiento oportuno. El presente caso ejemplifica una forma de presentación inusual con dolor torácico, destacando la importancia del razonamiento diagnóstico y del uso de herramientas complementarias.

Presentación del caso: Mujer de 53 años, antecedentes de hipertensión arterial, obesidad y diabetes mellitus tipo 2, colecistectomizada. Consulta en servicio de urgencias de hospital de baja complejidad por dolor torácico transfixiante de una hora de evolución irradiado a la región interescapular, sin vómitos. Al examen físico: presión arterial máxima 234 mmHg, diaforesis profusa y agitación sin signos de mala perfusión. Se administra analgesia con morfina sin mejoría y se deriva a centro de mayor complejidad con sospecha de síndrome aórtico. En hospital receptor se descarta patología vascular mediante angiografía. Los exámenes de laboratorio evidencian lipasa sérica de 1684 U/L, confirmándose pancreatitis aguda posteriormente por tomografía computarizada. Se inicia manejo médico conservador con buena evolución clínica.

Discusión y conclusiones: La pancreatitis aguda puede manifestarse con síntomas no gastrointestinales o atípicos, generando diagnósticos diferenciales amplios como síndrome coronario agudo o disección aórtica. El reconocimiento temprano requiere integrar clínica, laboratorio e imagenología. Este caso enfatiza la relevancia de mantener un alto índice de sospecha incluso ante presentaciones inusuales, utilizando exámenes específicos como lipasa sérica y tomografía para confirmar el diagnóstico. El abordaje oportuno permite prevenir complicaciones y disminuir la morbimortalidad asociada.

Palabras clave: Dolor torácico, Pancreatitis Aguda, Diagnostico Diferencial, Urgencias Médicas.

PRESENTACIÓN CLÍNICA DE UNA DOBLE SALIDA DE VENTRÍCULO DERECHO EN UN RECIÉN NACIDO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Torres Ducci Ignacio (1); Zúñiga Correa Agustina (1), Requena Fuentes Fernanda (2)
Afiliaciones: (1) Médico general de zona, Cesfam Padre Joan Alsina, San Bernardo, Santiago. (2) Médico general de zona, Cesfam Valle Mar Navidad, Navidad

Introducción: La doble salida de ventrículo derecho es una malformación cardiaca congénita en la que aorta y arteria pulmonar tienen conexión completa o predominante en el ventrículo derecho. Su espectro anatómico es amplio y asemeja a múltiples defectos cardíacos como tetralogía de Fallot, transposición de grandes vasos u otras. Su principio diagnostico se basa en la regla del 50%, la cual hace alusión a que una de las grandes arterias nace del ventrículo derecho mientras que la segunda tiene al menos el 50% en la misma cámara, se asocia casi siempre a defectos del septo ventricular, lo cual determina tratamiento, siempre considerando otras malformaciones congénitas que pueden coexistir

Presentación del caso: Recién nacida de término de 39 semanas, producto de primer embarazo controlado, en quien durante la gestación se pesquisó cardiopatía congénita compleja en ecografía del segundo trimestre, compatible con doble salida de ventrículo derecho (DORV) con grandes vasos lado a lado, comunicación interventricular y comunicación interauricular. Al nacimiento presenta buen estado general, Apgar 8-9, saturando 92 % en aire ambiente. Durante la hospitalización mantiene estabilidad respiratoria y sin requerimientos de oxígeno suplementario. Ecocardiografía postnatal confirmó DORV con malposición D-malp, estenosis pulmonar y subvalvular severa, hipoplasia del anillo pulmonar y tronco de arteria pulmonar, además de conducto arterioso persistente mínimo y vena cava superior izquierda a seno coronario. Se planifica intervención quirúrgica correctora diferida Acude a control sano del primer mes a APS en buenas condiciones generales, sin requerimiento de oxígeno o apremio respiratorio, destacando en examen físico soplo holosistólico IV/VI

Discusión y conclusiones: El caso destaca la relevancia de los controles prenatales y del seguimiento postnatal en la detección de cardiopatías congénitas. Aunque la paciente fue diagnosticada durante la gestación, muchas malformaciones pueden pasar inadvertidas sin ecografía fetal o controles irregulares. Su tratamiento oportuno ofrece una sobrevida cercana al 90 % a los 10 años.. En este contexto, la Atención Primaria cumple un rol clave en la pesquisa precoz de signos de cardiopatía —como cianosis, soplos o dificultad alimentaria— mediante controles sistemáticos, permitiendo una derivación temprana, reducción de complicaciones y continuidad del cuidado especializado

Palabras clave: [Heart Defects, Congenital] [Hearts Septal Defects, Ventricular] [Transposition of Great Vessels]

PRESENTACIÓN CONDUCTUAL DE DEMENCIA FRONTOTEMPORAL, REVISIÓN A PROPÓSITO DE CASO EVALUADO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

Autores: Prado Kittel Trinidad (1); Gorigoitía Sielfield Arantxa (2), Ocara Vargas Miranda (3)
Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, CESFAM Plaza Justicia, Valparaíso (2) Médica General de Zona, CESFAM Placeres, Valparaíso (3) Médica General de Zona, CESFAM Jean y Marie Thierry, Valparaíso

Introducción: Las Demencias fontotemporales son un grupo de enfermedades neurodegenerativas caracterizadas por alteraciones prominentes del comportamiento y/o lenguaje, presentándose patológicamente con una atrofia cerebral focal habitualmente de lóbulos frontales y/o temporales que progresivamente pasa a ser difusa. Existen tres variantes, siendo la más frecuente la variante frontal donde predomina el trastorno conductual. Se presenta caso clínico evaluado en APS para caracterizar presentación típica donde se realizó diagnóstico tardío.

Presentación del caso: Se realiza atención crónica en atención primaria de mujer de 57 años con antecedente de Hipotiroidismo y Trastorno depresivo mayor severo de aproximadamente 3 años de evolución, objetivándose al momento de la entrevista presencia de trastorno de la conducta asociado a aparente anomia y espasticidad generalizada que habría iniciado junto al trastorno del ánimo, progresando rápidamente, en controles previos por especialidad se dió alta administrativa por inasistencia a controles 1 año antes de la consulta. Se deriva a Servicio de Urgencias donde se realiza prueba terapéutica de benzodiacepinas para descarte de depresión catatónica, que resulta negativa. Se realizan exámenes generales y punción lumbar con resultado normal, con RNM de encéfalo donde destaca acentuada atrofia cerebral difusa supratentorial de predominio frontotemporal bilateral, congruente con diagnóstico de Demencia Frontotemporal avanzada. En contexto de cuadro clínico y radiología típica se realiza diagnóstico de Demencia Frontotemporal avanzada asociada a Mutismo acinético, espasticidad generalizada y catatonía, sin complicaciones agudas asociadas se continúan cuidados de manera ambulatoria en APS.

Discusión y conclusiones: Se destaca la importancia de la sospecha de Demencia Frontotemporal ante usuarios con cambios del comportamiento precoces asociados a deterioro cognitivo, siendo un importante diagnóstico diferencial de un Trastorno Depresivo Mayor en el adulto, correspondiendo el diagnóstico e intervención tempranos factores decisivos respecto a la calidad de vida de usuarios que viven con esta patología neurodegenerativa.

Palabras clave: Demencia - Conductual - Depresión

PRESENTACIÓN DE LINFOMA NO HODGKIN COMO DOLOR TORÁCICO RECURRENTE, A PROPOSITO DE UN CASO

Autores: Betancur Caro Álvaro (1); Cabeza Yáñez Francisca (2); Castillo Salazar, Matías Nicolás (3)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Raúl Brañes Farmer, San Bernardo. (2) Médico General de Zona, CESFAM Santa Laura, El Bosque, Santiago. (3) Médico General de Zona, CESFAM María Cristina Rojas Neumann, Antofagasta.

Introducción: El dolor torácico recurrente (DTR) hace referencia a episodios repetidos de dolor torácico separados por intervalos libres de síntomas, que reaparecen a lo largo del tiempo, siendo un síntoma que amerita reevaluación etiológica periódica debido a las múltiples etiologías responsables tales como cardíaca, pulmonar, gastrointestinal, musculoesquelética, neoplásica o psicógena. Dentro de las causas neoplásicas destacan los tumores mediastínicos: linfoma, timoma, teratoma, cáncer de tiroides.

Presentación del caso: Usuaria femenina de 45 años, sin antecedentes relevantes con historia de 1 año de evolución caracterizado por múltiples consultas de morbilidad y visitas a servicios de urgencia de atención primaria por cuadros episódicos de DTR tipo puntada que empeoraban con el movimiento. Fue manejada con antiinflamatorios y analgésicos con respuesta parcial, se descartó causa isquémica a través de electrocardiogramas seriados que resultaron normales. Ante persistencia del DTR pese a manejo farmacológico se derivó a salud mental sospechando causa psicógena. En los últimos 2 meses se agregó compromiso del estado general, anorexia, baja de peso no cuantificada, sudoración nocturna, sensación febril no cuantificada y disnea de moderados esfuerzos por lo que se solicitó radiografía de tórax dónde se observó aumento de tamaño de mediastino por lo que se continuó estudio en extrasistema con tomografía de tórax que informó gran masa mediastínica anterosuperior asociada a adenopatías mediastínicas y derrame pericárdico. Acudió a urgencia por quiebre clínico con disnea de mínimos esfuerzos, dolor torácico de mayor intensidad ingresando taquicárdica e hipotensa, se realizó ecoscopía con signos de taponamiento cardiaco inminente por lo que se realizó pericardiocentesis. Se hospitalizó bajo diagnóstico de tumor mediastínico en estudio, sospecha de síndrome linfoproliferativo. Se realizó biopsia concluyendo linfoma difuso de células grandes tipo B continuando manejo por especialidad.

Discusión y conclusiones: La mayoría de los cuadros de DTR resultan ser benignos, este caso subraya que la presencia de consultas reiterativas y/o sintomatología persistente obliga a abandonar un enfoque sintomático priorizando una evaluación ampliada incluyendo electrocardiograma, radiografía de tórax anteroposterior/lateral, y exámenes de laboratorio disponibles en atención primaria con el objetivo de realizar una derivación precoz al especialista y así lograr la detección temprana de esta enfermedad.

Palabras clave: Dolor torácico recurrente, Linfoma No Hodgkin, Neoplasia

Presentación inusual de shock cardiogénico: el rol del mixoma auricular en la obstrucción intracardiaca:

Autores: Ulloa Labrín, Jorge(1); Morales Bustamante, Nicole (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Carlos Díaz Gidi, San Javier (2) Alumno Universidad Católica del Maule – Hospital Regional de Talca

Introducción: El mixoma auricular es el tumor cardíaco benigno primario más frecuente, se manifiesta en mayormente en mujeres entre los 40 y 60 años, el cual fija su localización a través de un pedúnculo en el tabique interauricular, se mueve con el flujo sanguíneo, desplazándosehacia dentro y hacia fuera de la válvula mitral adyacente, obstruyendo la válvula y el flujo sanguíneo de forma alternante, generando congestión pulmonar y en casos severos, alteración hemodinámica.

Presentación del caso: Femenina de 52 años, sin mórbidos conocidos, refiere disnea de 4 meses de evolución, con múltiples consultas en urgencias, previo al ingreso fue tratada con diagnóstico de neumonía bacteriana y tratamiento antibiótico, tres días posteriores empeora con disnea de reposo, edema de miembros inferiores, desaturación en domicilio hasta 82%, ingresa al reanimador con desaturación que no responde a oxigenoterapia, cianosis peribucal, hipotensión sostenida y signos de hipoperfusión periférica con requerimiento de drogas vasoactivas, en laboratorios destaca hiperlactatemia severa y falla renal, con radiografía de tórax con derrame pleural derecho masivo. A su ingreso, en contexto de shock indiferenciado se realiza ecocardiograma bedside que evidencia imagen hiperecogénica heterogénea de 65 x 33 mm de bordes definidos con pedúnculo de 19 mm en septum interauricular que protruye a través de válvula mitral en cada contracción y bloquea parcialmente el tracto de salida del ventrículo izquierdo asociado a HTP severa compatible con mixoma auricular gigante. Dado shock cardiogénico, se inicia terapia inotrópica con milrinona y noradrenalina en virtud de estabilización y se deriva para resolución quirúrgica definitiva, tumorectomía exitosa y mejoría clínica.

Discusión y conclusiones: El presente caso manifiesta la importancia de considerar esta etiología en el diagnóstico diferencial de disnea sin causa evidente, a través de un abordaje estructurado, teniendo este mixoma auricular una presentación típica es necesario conocerla para sospecharla, resaltando la importancia de la ecocardiografía bedside como herramienta diagnóstica ante todo paciente que se presenta en shock en servicio de urgencias, donde un diagnóstico oportuno puede significar un cambio en el pronóstico del paciente. Es por ello, que se destaca la trascendencia de la masificación del entrenamiento en ecografía clínica para el médico general.

Palabras clave: Mixoma, Ultrasonido, Shock Cardiogénico

PRESENTACIÓN SINCRÓNICA DE NEOPLASIAS EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE LYNCH CONFIRMADO:

Autores: Quezada Quezada María José (1); Ortiz Lizana Camila (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de salud familiar Quiriquina, San Ignacio, Ñuble

Introducción: El síndrome de Lynch es la causa hereditaria más común de cáncer colorrectal y la principal predisposición genética al cáncer endometrial, originado por mutaciones en genes reparadores del ADN con herencia autosómica dominante. En Chile, se estima que entre un 3 y 5 % de los cánceres de endometrio están asociados a este síndrome, principalmente en portadoras de mutaciones en MLH1 y MSH2. Sin embargo, la detección es baja: menos del 20 % de las mujeres con criterios clínicos son derivadas a estudio genético, según reportes del Programa Nacional de Genética Oncológica del Ministerio de Salud. Este caso reviste especial relevancia por su presentación sincrónica y resalta la necesidad de incorporar el tamizaje genético en cánceres endometriales de riesgo, dado que el reconocimiento temprano es fundamental para orientar vigilancia genética y mejorar pronóstico.

Presentación del caso: Paciente femenina de 60 años, con antecedentes de artrosis y obesidad, no fumadora. Antecedentes familiares: abuela paterna cáncer de mama, madre cáncer de útero, padre cáncer de hígado. Inicia cuadro clínico a los 54 años con sangrado uterino anormal persistente y anemia moderada. Se realiza ecografía transvaginal que mostró engrosamiento endometrial. Se realiza biopsia que reveló adenocarcinoma endometrioide. La tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste evidenció dos tumores renales y nódulos tiroideos. Se realizó tumorectomía renal izquierda de dos tumores sincrónicos y posteriormente histerectomía radical. La ecografía tiroidea mostró ocho nódulos, dos de ellos TIRADS 4, en espera de punción. Dada la coexistencia de neoplasias sincrónicas, se efectuó estudio genético que confirmó mutación germinal patogénica en MLH1, compatible con síndrome de Lynch. En Tomografía por Emisión de Positrones (PET-CT) de octubre 2025, no se observaron signos de recidiva ni diseminación. Actualmente se mantiene en seguimiento multidisciplinario periódico.

Discusión y conclusiones: Las portadoras de mutación MLH1 presentan un riesgo elevado de cáncer de endometrio (hasta 60 %) y de tumores renales o tiroideos. La identificación de neoplasias sincrónicas debe sugerir estudio molecular. El síndrome de Lynch debe sospecharse ante neoplasias múltiples, y el cáncer de endometrio puede ser la primera manifestación. Su identificación permite diagnóstico temprano, tamizaje familiar y estrategias preventivas que pueden mejoran la sobrevida.

Palabras clave: Cáncer Colorrectal Hereditario No Polipósico, Neoplasias Múltiples Primarias, Síndrome de Lynch.

PREVALENCIA DE MINIMENTAL ABREVIADO ALTERADO EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DOCTOR FRANCISCO BORIS SOLER DE MELIPILLA:

Autores: Negrete Jorquera Felipe (1)
Afiliaciones: (1) Médico EDF, CESFAM Dr. Francisco Boris Soler, Melipilla, Región Metropolitana.

Introducción: Se ha visto en Chile un progresivo envejecimiento de la población y el consecuente aumento de prevalencia en diagnóstico de demencia. La atención primaria de salud (APS) juega un rol fundamental en el diagnóstico temprano de la demencia, ya que es el primer contacto de los pacientes con el sistema de salud. El Mini-Mental State Examination (MMSE) es una prueba cognitiva que se utiliza como tamizaje dentro del Examen de Funcionalidad del adulto mayor (EFAM), y evalúa la orientación temporal y espacial, memoria a corto plazo, capacidad ejecutiva, memoria a largo plazo y capacidad visoconstructiva. En la Salud pública constituye una herramienta valiosa para el diagnóstico precoz de patologías con alta carga de enfermedad y es de vital importancia caracterizar la población local, ya que la ausencia de datos dificulta la planificación y gestión de los usuarios que podrían ingresar al programa de Salud Mental. Objetivos: Describir los resultados de la prueba de tamizaje minimental abreviado en las atenciones durante el año 2024 del CESFAM Dr. Francisco Boris Soler.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se estudiaron los datos de atenciones en usuarios en los que se aplicó el tamizaje de mini mental abreviado pertenecientes al CESFAM Dr. Francisco Boris Soler durante el año 2024 a través del sistema de registro clínico electrónico RAYEN. Se identificaron variables epidemiológicas como edad, sexo y resultado del tamizaje; sin uso de datos sensibles que puedan identificar a los usuarios. Los datos se analizaron con estadística descriptiva mediante tabulación en SPSS 22.0. Al tratarse de información secundaria anonimizada, no se requirió evaluación por comité de ética.

Resultados: Se identificaron 1719 usuarios, de edad mínima 62 años y máxima de 101 años. El promedio del grupo estudiado fue de 75 años y la desviación estándar fue de 6,7 años (ver Anexo 1). La muestra se compone de 1080 mujeres (62.8%), 639 hombres (37.2%) (ver Anexo 2). Del total de evaluación,1572 (91,4%) presentaron resultado normal y 147 (8,6%) resultado alterado (ver Anexo 3).

Discusión y conclusiones: El porcentaje de resultados alterados en el CESFAM fue superior a la media nacional del diagnóstico de demencia (7.1%); sin embargo este valor no debe interpretarse como sinónimo de diagnóstico, ya que el MMSE corresponde a una prueba de cribado que requiere evaluación clínica y exámenes complementarios para confirmar el deterioro cognitivo verdadero. Estos datos permiten optimizar la planificación de ingresos al programa de salud mental, identificando de manera temprana a los usuarios con mayor riesgo.

Palabras clave: Pruebas de Estado Mental y Demencia - Deterioro cognitivo - Salud Mental

Priapismo neonatal, a propósito de un caso.

Autores: Piñeiro Quizas, Matías Andrés (1); Guíñez Cofré, Ignacio Andrés (2), Dabovich Stenger, Lukas Andrés (3), Piñeiro Quizas, Joaquín Andrés (4)
Afiliaciones: (1) Médico en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Marta Ugarte Román, Quilicura, Región Metropolitana. (2) Médico en Etapa de Destinación y Formación, DESAMU El Carmen, El Carmen, Región de Ñuble. (3) Médico en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Frutillar, Frutillar, Región de Los Lagos. (4) Estudiante de Medicina, Universidad Del Alba, Región Metropolitana.

Introducción: El priapismo, erección peneana prolongada sin estímulo aparente, representa una urgencia urológica que, aunque rara en neonatos, exige un reconocimiento y manejo tempranos para evitar secuelas permanentes como la disfunción eréctil. Su etiología es diversa, abarcando causas isquémicas y no isquémicas. La enfermedad de células falciformes (ECF) es la hemoglobinopatía más prevalente a nivel global, manifestándose en la infancia. En el continente americano, la ECF afecta a 1 de cada 365 nacidos afroamericanos, y estudios epidemiológicos indican una prevalencia de priapismo del 35% en pacientes diagnosticados con anemia de células falciformes. Lo que lo transforma en una entidad a tener en consideración por el médico general.

Presentación del caso: Neonato de 2 semanas de vida, origen haitiano, nacido por parto vaginal, a las 39 semanas de gestación, tanto embarazo como parto sin complicaciones. Consultó en CESFAM traído por su madre, quien accedió a través de consentimiento informado a seguimiento, por presentar una erección peneana constante desde el nacimiento, con episodios de intermitencia. Al examen físico se encontraba en buenas condiciones generales, con perfusión distal adecuada, ambos testículos descendidos presentes en escroto, pene erecto con fimosis fisiológica, con cuerpos cavernosos palpables hasta la base de la pelvis, sin presencia de adenopatías ni aumento de volumen adyacentes. Se sospechó priapismo lo que motivó la derivación de urgencia al hospital de referencia para estudio, al ingreso se realizaron exámenes, destacando en el hemograma inicial anisocromía y poiquilocitosis, en ausencia inicial de anemia, por lo cual fue hospitalizado para estudio más detallado.

Discusión y conclusiones: Este caso subraya la importancia de considerar el priapismo intermitente en el diagnóstico diferencial de erecciones prolongadas en neonatos. Es fundamental investigar tanto causas urgentes, como el priapismo isquémico que puede provocar daño tisular en pocas horas, como causas no urgentes, tales como trastornos neurológicos o trastornos hematológicos como la ECF. La creciente población haitiana/afrodescendiente en Chile resalta la necesidad de que los médicos generales estén capacitados en patologías prevalentes en esta comunidad. Siendo importante, por lo tanto, conocer y reconocer a tiempo esta entidad para una derivación oportuna y así facilitar el estudio temprano y manejo adecuado.

Palabras clave: Enfermedad de Células Falciformes, Neonatal, Priapismo.

PROBABLE REACCIÓN TIPO ENFERMEDAD DEL SUERO POR FENOFIBRATO. REPORTE DE CASO

Autores: Salazar Vargas Paola. (1); Carrasco Herrera María. (1), Santelices Gaete Isabella. (1).
Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, Hospital de Lanco, Lanco, Región de Los Ríos.

Introducción: Las reacciones tipo enfermedad del suero (SSLR) constituyen una condición inmunomediada infrecuente, caracterizada por una respuesta inflamatoria sistémica cuya tríada clásica incluye fiebre, rash y artralgias. Su diagnóstico es predominantemente clínico y representa un desafío debido a la amplia gama de diagnósticos diferenciales, que abarcan desde otras reacciones adversas a medicamentos hasta etiologías infecciosas o reumatológicas. Hasta la fecha, no se han descrito casos de SSLR asociadas al uso de fenofibrato, lo que confiere relevancia clínica al presente reporte.

Presentación del caso: Masculino de 50 años, con antecedente de hipertrigliceridemia en tratamiento con fenofibrato iniciado tres semanas antes del cuadro. Consultó por aparición brusca de exantema generalizado urticariforme anular policíclico con borde eritematoso y centro violáceo, asociado a edema de manos y pies, adenopatías cervicales, poliartralgias y fiebre. Laboratorio inicial: leucocitos 16.260/µL (91% neutrófilos), GOT 77 U/L, GPT 156 U/L, creatinina 1,33 mg/dL, ferritina 1927 ng/mL, C3 normal, C4 levemente disminuido (9,4 mg/dL), ANA 1:80, FR 18,6 UI/mL, sin eosinofilia. Serologías virales y bacterianas negativas. Evaluado por dermatología, se planteó reacción adversa a fenofibrato tipo enfermedad del suero. Se suspendió el fármaco e inició tratamiento con corticoides sistémicos y antihistamínicos, observándose regresión progresiva del exantema y normalización de parámetros hepatorrenales. Se obtuvo consentimiento informado para publicación del caso.

Discusión y conclusiones: El diagnóstico de SSLR constituye un desafío clínico debido a la inespecificidad de sus manifestaciones y a la ausencia de criterios diagnósticos estandarizados. En este caso, la latencia de tres semanas tras la exposición, junto con fiebre, exantema polimorfo, artralgias, adenopatías, edema acral, hipocomplementemia leve y resolución clínica posterior al retiro del agente, sustentaron el diagnóstico. Sin embargo, la superposición con cuadros infecciosos y autoinmunes, así como la falta de biomarcadores específicos, complejizan su confirmación. Este caso propone una probable asociación entre fenofibrato y SSLR, no descrita previamente, y refuerza la importancia de una historia clínica y farmacológica detallada ante reacciones sistémicas inespecíficas, contribuyendo al conocimiento y vigilancia de reacciones adversas a hipolipemiantes.

Palabras clave: Reacciones Adversas Relacionados con Medicamentos, Fenofibrato, Hipersensibilidad

PROMOCIÓN DEL USO ADECUADO DE ANTIBIÓTICOS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN ADULTOS MAYORES: INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Ayala Farías Martín (1); Rehbein Vicuña Roberto (2), Lillo Castro Karin (2), Lara Gutiérrez Xantia (2)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM René Tapia, Castro, Chiloé, Región de Los Lagos, Chile. (2) Internos de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede de La Patagonia, Puerto Montt, Región de Los Lagos, Chile.

Introducción: El uso irracional de antibióticos en atención primaria representa una amenaza sanitaria mundial, vinculada al aumento de la resistencia antimicrobiana, complicaciones clínicas y mayores costos para los sistemas de salud (1,2). En Chile, este problema afecta especialmente a las personas mayores, quienes presentan polifarmacia, comorbilidades y baja alfabetización sanitaria (3). Aunque la mayoría de las infecciones respiratorias agudas (IRA) son virales, persisten la automedicación y la expectativa de recibir antibióticos, lo que incrementa la resistencia bacteriana (4,5). Frente a ello, se desarrolló una intervención educativa comunitaria en centros de salud de la Región de Los Lagos para promover el uso racional de antibióticos y evaluar su impacto en el conocimiento y comportamiento de los usuarios.

Presentación del caso: Estudio descriptivo, transversal y con enfoque educativo, realizado entre mayo y agosto de 2025 en los CESFAM René Tapia, Puerto Varas, Pampa Alegre y CECOSF Llau-Llao. Se aplicó una encuesta preintervención a 138 usuarios (44,9% ≥65 años) para evaluar conocimientos y percepciones sobre antibióticos. Las encuestas fueron aplicadas de forma anónima y al azar en salas de espera e inmediaciones de los centros de salud, permitiendo corroborar la información sobre las creencias y prácticas de los adultos mayores, quienes constituyeron la población objetivo principal. Posteriormente, se efectuó una intervención educativa mediante charlas breves, consejerías personalizadas y material gráfico adaptado a este grupo. Tras varios días de educación, se aplicó una segunda encuesta post intervención a 172 usuarios y se encuestó además a 40 integrantes del equipo clínico. Previo a la intervención, el 71,7% afirmaba saber qué era un antibiótico, pero solo el 51,6% de los mayores de 65 años reconocía correctamente que medicamentos como ibuprofeno o paracetamol no pertenecen a esta familia. Un 76,8% creía que los antibióticos servían para tratar resfríos o gripe y un 88,4% esperaba recibirlos ante síntomas respiratorios (Anexo 1). Tras la intervención, el 61,0% respondió correctamente que no se usan en cuadros virales (vs. 23,2% previo), la identificación de fármacos no antibióticos aumentó a 89,5%, y la expectativa de recibir antibióticos disminuyó de 74,5% a 59,3%. Además, el 86,6% reconoció el riesgo de uso innecesario y el 91,3% consideró clara y útil la información (Anexo 2). Entre el personal clínico, el 47,5% identificó la presión del paciente como causa de sobreprescripción y el 90% reconoció la resistencia bacteriana como consecuencia del mal uso (6,7).

Discusión y conclusiones: Las intervenciones educativas breves, adaptadas al contexto del adulto mayor, demostraron mejorar el conocimiento y disminuir la expectativa de prescripción antibiótica, reforzando la confianza en las decisiones clínicas. Estos resultados concuerdan con evidencia internacional que respalda la educación comunitaria como estrategia efectiva para

reducir la automedicación y la sobreprescripción (8,9). El proyecto se alinea con el Plan Nacional contra la Resistencia a los Antimicrobianos del Ministerio de Salud de Chile, consolidando el rol del equipo de salud como agente educativo y promotor del uso racional de antibióticos en atención primaria (10).

Palabras clave: Adulto Mayor, Antibióticos, Educación Sanitaria, Infecciones Respiratorias, Resistencia Antimicrobiana

PROPTOSIS UNILATERAL COMO MANIFESTACION DE FÍSTULA CARÓTIDO CAVERNOSA:

Autores: Serri López Ibis (1); Valenzuela Leiva Pablo (2), Alegría Tapia María Gracia (3), Serri López Isabella (4)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital San Juan de Dios, Cauquenes, Cauquenes. (2) Médico Oftalmólogo, Hospital San Juan de Dios, Cauquenes, Cauquenes. (3) Médica EDF, CESFAM Loma Colorada, San Pedro de la Paz, Concepción. (4) Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastian, Concepción.

Introducción: Las fístulas carótido-cavernosas son patologías vasculares relativamente infrecuentes. Corresponden a una conexión anómala entre la arteria carótida y el seno cavernoso; puede ser espontánea en 25% de los casos o adquirida en el 75% restante, principalmente de origen traumático. Esta patología se asocia a manifestaciones oftalmológicas, como proptosis, quemosis y la aparición de vasos epiesclerales en sacacorcho. El objetivo del caso es aumentar la sospecha diagnóstica al generar mayor conciencia sobre los signos y síntomas asociados, para lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Presentación del caso: Paciente de 41 años sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de ojo rojo, al examen con biomicroscopio destaca Tyndall. Se diagnostica uveítis aguda. Paciente acude a control en un mes por persistencia de los síntomas. Al examen destaca ojo izquierdo con edema palpebral, proptosis leve y vasos en sacacorcho. Se solicita estudio de orbitopatía y se cita a control con resultados. Al control destaca hemograma, función renal y pruebas tiroideas normales, VDRL no reactivo, ANA y ANCA negativos. Se solicita Resonancia magnética de órbita y angioresonancia de vasos cerebrales para ampliar estudio, la cual informa fistula carotido cavernosa indirecta izquierda. Paciente firma consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: La fístula carótido-cavernosa es una patología vascular poco frecuente, pero de gran relevancia clínica debido a sus posibles complicaciones visuales y neurológicas. Su diagnóstico puede ser desafiante, especialmente en las formas indirectas, que suelen presentar síntomas menos evidentes y de evolución progresiva. El caso clínico expuesto evidencia lo fundamental que es un examen físico completo y la identificación de signos característicos, como los vasos epiesclerales en sacacorcho, para generar la sospecha diagnóstica. Como conclusión la fístula de seno cavernoso debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de un paciente con proptosis, especialmente cuando se asocia a signos de congestión venosa ocular.

Palabras clave: Exoftalmia, Fístula del Seno Cavernoso de la Carótida, Uveitis

PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA EN EL ADULTO MAYOR: LA IMPORTANCIA DE LA CONTINUIDAD EN EL CUIDADO

Autores: Orozco Soto Nicolás (1); Aravena Rodríguez Jazmín (2), Estay Casanova Naomi (3)
Afiliaciones: (1) Médico EDF, CESFAM Angelmó, Puerto Montt (2) Médica EDF, CESFAM Los Volcanes, Llanquihue (3) Médica EDF, CESFAM Puerto Varas, Puerto Varas

Introducción: Un escenario frecuente en la atención primaria (APS) es la evaluación de personas mayores que consultan por síntomas depresivos y deterioro cognitivo. El desafío es diferenciar si es alguien con demencia y síntomas depresivos, o una persona con depresión cuyo ánimo afecta la cognición, lo que se conoce como pseudodemencia depresiva. Hasta un 25% de los pacientes con demencia son erróneamente diagnosticados al inicio con trastornos afectivos, y un 30% de los casos de depresión geriátrica son diagnosticados como demencia.

Presentación del caso: Paciente femenina de 76 años, sin enfermedades crónicas, autovalente y vive sola. Consulta por episodios de desorientación temporal y amnesia anterógrada en ocasiones que ha ido a hacer trámites. Destaca ánimo bajo y anhedonia de un año tras fallecimiento de hermana, que ha empeorado en relación a angustia por los episodios. Yesavage inicial de 10 puntos. Estudio inicial normal en exámenes (entre ellos, perfil tiroideo, vitamina B12, VDRL y VIH). Se inicia tratamiento con escitalopram por sospecha de depresión, y se deriva a unidad de memoria para diagnóstico diferencial. Resonancia de cerebro sin hallazgos patológicos. Es evaluada en tres sesiones por neuropsicólogo, donde tras aplicación de herramientas estandarizadas no se evidencian cambios cognitivos significativos ni pérdida de funcionalidad, y con elevada sospecha de trastorno depresivo mayor. Es derivada para seguimiento en APS. Se complementa con derivación a grupo de adultos mayores autovalentes, y se fomenta retomar asistencia a iglesia. Se mantiene seguimiento mensual, y a los 6 meses se evidencia buena tolerancia y respuesta a antidepresivo, sin nuevos episodios de amnesia, y con evolución hacia la eutimia, Yesavage de 0 puntos.

Discusión y conclusiones: La pseudodemencia depresiva es un desafío diagnóstico que requiere un alto índice de sospecha, y un abordaje integral que combine la evaluación neuropsiquiátrica, el tratamiento de la depresión (combinando intervenciones psicológicas, farmacológicas y rehabilitación cognitiva), y el seguimiento estrecho por un equipo de cabecera que aborde el enlace a espacios psicosociales de la comunidad, a modo de evitar la soledad como factor de riesgo para la depresión y para el deterioro cognitivo, todos principios fundamentales de lo que es atención primaria.

Palabras clave: Disfunción Cognitiva, Trastorno Depresivo Mayor, Atención Primaria de Salud

PSICOSIS PERSECUTORIO, REPORTE DE UN CASO

Autores: Reyes Rojas Álvaro (1); Burgos Ramos Aielen (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital San José de Parral, Parral, Maule (2) Médico General de Zona, Hospital de Coelemu, Coelemu, Ñuble

Introducción: La psicosis persecutoria inducida por consumo de sustancias es un cuadro agudo, caracterizado por la aparición de ideas delirantes de persecución, pudiendo o no estar acompañadas de alucinaciones y alteraciones del pensamiento. Directamente relacionadas con el uso o la abstinencia de drogas psicoactivas, dado su impacto sobre los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos cerebrales. Clínicamente, el paciente puede presentar paranoia y conductas defensivas o agresivas. En la actualidad es un cuadro muy prevalente y en ascenso debido al mayor acceso de la población a dichas drogas, se requiere estudio y seguimiento a largo plazo.

Presentación del caso: Adulto de 54 años de edad, soltero (separado), enseñanza media completa, minero, buena red de apoyo (hija). Antecedente trastorno por uso de sustancias sin seguimiento. Acude al servicio de urgencias a constatación de lesiones posterior a ser encontrado caminando erráticamente en vía pública en contexto de denuncia por presunta desgracia. Refiere ingesta de infusión de hierba no especificada en grandes cantidades hace una semana, asociado al consumo de alcohol, marihuana y cocaína en altas dosis. Comenta tener un chip instalado en el cerebro el cual es comandado por su mejor amigo el cual le da indicaciones de autolesionarse, añade ideación suicida, sin alucinaciones visuales. Se solicita estudio orgánico con laboratorio dentro de rangos normales y toxicológico en orina negativo. Se inicia tratamiento con antipsicóticos atípicos en dosis altas, posterior a un mes de tratamiento se evidencia mejoría sustancial de sintomatología, se le indica diagnóstico de psicosis exógena, en seguimiento por atención primaria de salud.

Discusión y conclusiones: En este contexto se requiere descartar un trastorno psicótico primario. Se debe considerar la temporalidad del consumo y la remisión de los síntomas tras la suspensión. Este tipo de psicosis representa un desafío terapéutico, ya que puede evolucionar hacia trastornos persistentes o recurrentes si el consumo se mantiene. Se requiere un abordaje integral que combine la estabilización farmacológica, el manejo psico-social y la intervención en adicciones. Se debe procurar no solo la resolución del episodio agudo, sino también la prevención de recaídas.

Palabras clave: psicosis, persecución, paranoia, consumo de drogas, alucinaciones

PSORIASIS INVERSA, DESAFÍO DIAGNÓSTICO ANTE PRESENTACIÓN INTERTRIGINOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Lobiano Campillay Camila (1).; Guiñez Cofré Ignacio (2), Piñeiro Quizás Matías (3).
Afiliaciones: (1) Médico general de zona, CESFAM Antonio Varas, Puerto Montt, Región de Los Lagos (2) Médico general de zona, CESFAM Marta Ugarte Román, Quilicura, Región Metropolitana de Santiago. (3) Médico general de zona, DESAMU El Carmen, El Carmen, Región de Ñuble

Introducción: La Psoriasis Inversa (PI) constituye una variante clínica de la psoriasis que afecta pliegues cutáneos (axilas, región submamaria, área genitocrural), dificultando su identificación al manifestarse como placas eritematosas, bien delimitadas, pero carentes de la escama clásica debido a la humedad y fricción de la zona. Esto conduce frecuentemente a un diagnóstico inicial erróneo de intértrigo. Este reporte tiene como objetivo destacar la importancia de la sospecha clínica de PI en el adulto mayor con dermatosis persistentes en pliegues.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una paciente femenina de 64 años, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y obesidad, quien consultó por un cuadro de siete meses de evolución caracterizado por lesiones en pliegues inguinales, submamarios y retroauriculares. Las lesiones se describieron como placas eritematosas, de superficie lisa y brillante, bien delimitadas, asociadas a prurito intermitente, sin presencia de escamas ni lesiones satélite. Debido a la localización y morfología, el cuadro fue manejado inicialmente con terapia antifúngica tópica (clotrimazol) y oral (fluconazol) bajo la sospecha de intertrigo candidiásico, sin objetivarse mejoría tras cuatro semanas. Ante la escasa respuesta, se solicitó un estudio micológico directo que resultó negativo para hongos. Considerando la cronicidad del cuadro, la delimitación de las placas y la ausencia de escamas, se inició tratamiento empírico con corticoides tópicos de baja potencia. Se observó una remisión significativa de las lesiones en dos semanas, confirmando el diagnóstico de Psoriasis Inversa. Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: La Psoriasis Inversa debe plantearse como un diagnóstico diferencial en la atención primaria, especialmente en pacientes con factores de riesgo como la obesidad, HTA y DM. A diferencia de la psoriasis vulgar, la ausencia de escamas dificulta el reconocimiento. La persistencia de una dermatosis intertriginosa, la falta de respuesta a antifúngicos y micológico negativo deben orientar la sospecha hacia patologías inflamatorias crónicas como la PI. Se recomienda que el protocolo de manejo de intértrigo crónico incluya siempre la reevaluación diagnóstica y la exclusión de PI antes de prolongar terapias inefectivas.

Palabras clave: Dermatosis, Intertrigo, Psoriasis.

PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA, REPORTE DE UN CASO:

Autores: Briones Muñoz Vania; Villanueva Stark Bárbara (2), Arriagada Paredes Natalia (3), Sanhueza Osses Andrea (4)
Afiliaciones: (1) Médica General de zona, Hospital de Futaleufú, Futaleufú (2) Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede de la Patagonia.

Introducción: La psoriasis pustulosa generalizada (PPG), corresponde a un subtipo poco frecuente de psoriasis Caracterizada por pústulas estériles de presentación extensa, sin predominio de sexo y una edad promedio de presentación de entre 40-60 años, su origen se relaciona a distintos factores genéticos, con participación predominante del eje interleuquina (IL) - 36. Con brotes potencialmente mortales y complicaciones graves como sepsis. La falta de criterios estandarizados combinada con la diversidad de síntomas cutáneos y extracutáneos afecta la evaluación clínica, el diagnóstico y por consiguiente el curso de la enfermedad. El conocimiento de esta patología permite abrir vías a una implementación de guías locales o búsqueda de alternativas terapéuticas.

Presentación del caso: Paciente femenina de 65 años, con antecedentes de depresión. Hospitalizada en contexto de dermatosis diseminada caracterizada por placas eritematodescamativas de configuración anular con pústulas en superficie. Dado historia de reciente inicio de fármacos (terbinafina, bupropion y Escitalopram) se plantea PPG versus pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA). Se realiza biopsia piel: Dermatitis crónica espongiótica con presencia de pústulas subcorneas. Podrían estar en contexto de dermatitis de contacto impetiginizada vs psoriasis. Se decide iniciar tratamiento con prednisona + ciclosporina + clobetasol tópico, con resultados parciales, se añade Metotrexato, 6 comprimidos a la semana, durante 2 meses, logrando regresión completa. Tras un descenso progresivo en la escala farmacológica con parámetros metabólicos, hematológicos y hepáticos en rangos normales, se logra resolución sostenida de cuadro cutáneo.

Discusión y conclusiones: La presentación de la PPG como patología poco frecuente, con clínica inconsistente y de poco conocimiento médico, traduce en complicaciones para el estado del paciente y su experiencia diagnóstica. La pesquisa de casos promueve a la concientización de la enfermedad y un tratamiento oportuno, el acceso a este requiere el descarte de diagnósticos diferenciales con clínica similar como la PEGA. Para el tratamiento del cuadro, las terapias sistémicas no biológicas siguen siendo primera línea, aun con evidencia limitada, no obstante, dentro de la genética, la identificación del papel principal de la IL-36 en la patogénesis de la PPG impulsa el desarrollo de nuevas opciones terapéuticas potenciales.

Palabras clave: (Dermatología) (Dermatosis) (Psoriasis) (Pustular)

PUSTULOSIS PALMOPLANTAR Y PSORIASIS PALMOPLANTAR, ¿LA MISMA ENTIDAD?: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Ramírez González Eduardo (1); Tapia Letelier Pedro (1); Chaaban Diaz Amany(2); Muñoz Palacios Claudia (1)

Afiliaciones: (1) Médico (a) cirujano (a). Centro de Salud Familiar Doctor Marcelo Lopetegui, Osorno, Chile. (2) Médica cirujana. Departamento de Salud Hualañé, Curicó, Chile.

Introducción: La pustulosis palmoplantar (PPP) es una dermatosis inflamatoria crónica caracterizada por pústulas estériles en palmas y plantas. Su clasificación es controversial, ya que algunos la consideran una variante de la psoriasis pustulosa palmoplantar (PPPP), mientras que otros la reconocen como entidad independiente. Presenta una prevalencia mundial aproximada de 0,01%, con inicio habitual entre los 40 y 60 años y predominio femenino (8:2).

Presentación del caso: Paciente masculino de 46 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes tipo II, esquizofrenia y dislipidemia. Consultó inicialmente por lesiones pustulosas en ambas palmas de un mes de evolución, sin dolor ni prurito. Recibió manejo antibiótico y antihistamínico, con respuesta parcial. Posteriormente, presentó recurrencias con prurito y dolor urente intermitente. Al examen físico se observaron múltiples pústulas agrupadas sobre base eritematosa y descamativa en ambas palmas, sin compromiso plantar ni sistémico. Los estudios básicos resultaron negativos. Por teledermatología se planteó diagnóstico diferencial de PPP versus PPPP, quedando pendiente confirmación presencial y ajuste terapéutico.

Discusión y conclusiones: La PPP cursa con recurrencias y puede confundirse con otras entidades como acrodermatitis continua de Hallopeau, eccema dishidrótico o dermatitis de contacto. Aunque históricamente se describió como una variante de la psoriasis pustulosa localizada, consensos recientes discrepan en su clasificación. Desde el punto de vista terapéutico, las opciones como corticoides tópicos, retinoides tópicos y/o orales, fototerapia o biológicos son compartidas entre ambas entidades por lo que la distinción diagnóstica no modifica el manejo inicial. El caso refleja la dificultad diagnóstica en atención primaria y la necesidad de descartar causas infecciosas o alérgicas antes de derivar a dermatología. Incluir estas patologías en los diagnósticos diferenciales de lesiones pustulosas recurrentes permite optimizar recursos y mejorar la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Dermatology, Psoriasis, Skin Diseases

QUERATOACANTOMA Y CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO: LA IMPORTANCIA DE LA CIRUGÍA MENOR EN APS, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Puentes Millao Javier (1); Bascuñán Monsalves Gerardo (1), Cid Quidel Catherina (1), Gajardo Silva Camila (1).
Afiliaciones: (1) Médico Cirujano, Hospital Familiar y Comunitario de Carahue, Carahue, Región de La Araucanía, Chile.

Introducción: El queratoacantoma (QTA) es un tumor cutáneo que suele presentarse como un nódulo en forma de cúpula con un cráter central lleno de queratina. Tradicionalmente se ha descrito como una lesión benigna; sin embargo, algunos autores lo consideran una variante clínica del carcinoma cutáneo de células escamosas (CCEc), con potencial maligno y capacidad metastásica. Por ello, su estudio histopatológico mediante biopsia escisional resulta fundamental para el diagnóstico definitivo y manejo oportuno.

Presentación del caso: Paciente femenina de 81 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y tabaquismo activo, que consultó en policlínico de atención primaria por lesión cutánea en brazo derecho de seis meses de evolución, caracterizada por crecimiento rápido, dolor y prurito. Al examen físico se observó nódulo ulcerado de 2 × 2 cm, con centro queratinizado, localizado en el tercio medio del brazo derecho. El caso fue presentado mediante teledermatología, recomendándose extirpación y biopsia en atención primaria de salud. Se programó cirugía menor en el Hospital Familiar y Comunitario de Carahue, realizándose el procedimiento dentro del mes posterior a la derivación. El informe histopatológico confirmó QTA, con márgenes quirúrgicos negativos. A los seis meses de seguimiento, la paciente no presentó recidiva de la lesión. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: El QTA presenta una patogénesis poco conocida, aceptándose que deriva del infundíbulo folicular. Su curso clínico se caracteriza por un rápido crecimiento inicial, seguido de un período de estabilidad y eventual resolución espontánea. Las similitudes clínicas e histológicas con el CCEc generan controversias diagnósticas, ya que algunos autores consideran al QTA una variante del carcinoma escamoso, mientras otros plantean que se trata de entidades distintas. Ante esta incertidumbre, se recomienda realizar biopsia en todos los casos clínicamente sospechosos, sin esperar resolución espontánea, a fin de descartar transformación maligna. En el contexto de los hospitales familiares y comunitarios, los programas de cirugía menor constituyen una herramienta diagnóstica y terapéutica fundamental para la resolución oportuna de este tipo de lesiones.

Palabras clave: Carcinoma de Células Escamosas, Procedimientos Quirúrgicos Menores, Queratoacantoma.

QUISTE HIDATÍDICO PERITONEAL PRIMARIO EN PACIENTE PEDIÁTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Córdova Mansilla, Fernando (1); Perlwitz Brun, Ingeborg (1) Santana Saavedra, Constanza (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Cesfam Purranque, Purranque

Introducción: La hidatidosis es una parasitosis ocasionada por el estado larval del cestodo Equinococcus. En Chile es una enfermedad endémica con una incidencia entre 1,41 y 2,47 casos en 100000 habitantes. En pacientes pediátricos los pulmones son el sitio primario de aparición (64%) seguido del hígado (28%). La hidatidosis peritoneal es infrecuente. El objetivo es dar a conocer un caso poco común, reportado en el Hospital base Osorno.

Presentación del caso: Varón de 6 años, en tratamiento por constipación. Acudió por cuadro de 2 semanas de ausencia de deposiciones, vómitos y dolor en hemiabdomen inferior. Al examen físico destacó una masa palpable en fosa ilíaca izquierda. Laboratorio sin alteraciones. Radiografía de abdomen y pelvis impresionó masa sugerente de fecaloma, sin signos de obstrucción intestinal. Se hospitalizó para manejo y estudio. Se descartó enfermedad celíaca e hipotiroidismo. En 12 horas progresó con aumento de dolor. Ecografía abdominal mostró signos sugerentes de obstrucción intestinal. Laboratorio destacó aumento de parámetros inflamatorios. Evaluado por cirujano infantil se indicó vaciamiento de fecaloma en pabellón. Al tacto rectal se palpó masa por anterior al recto. Se realizó laparotomía exploradora extirpándose masa redondeada, bien delimitada, que comprime asas intestinales, sin compromiso vascular, enviándose a biopsia. Evolucionó satisfactoriamente dándose la alta médica al cuarto día de hospitalización. Biopsia diferida informó quiste hidatídico de tejido de tipo peritoneal. Durante seguimiento se descartó compromiso de otros órganos. Estudio serológico para hidatidosis humana negativo. Se cuenta con consentimiento informado para presentar caso.

Discusión y conclusiones: La hidatidosis peritoneal primaria representa menos del 2% de la hidatidosis intraabdominal. El diagnóstico diferencial incluye quistes de diverso origen. La tomografía de abdomen y pelvis es el estudio de imagen de elección. El tratamiento para quistes de gran tamaño o con presencia de síntomas es quirúrgico. Importante considerar la epidemiología y tener un alto índice de sospecha para realizar un diagnóstico precoz que apunte a una resolución oportuna. Resulta relevante este reporte por ser una manifestación poco común.

Palabras clave: hidatidosis, obstrucción intestinal, peritoneo

RABDOMIÓLISIS: COMPLICACIONES Y MANEJO TERAPÉUTICO TEMPRANO

Autores: Jofré Guerra Andrea (1), Villalón Friedrich Fernando (1), Rojas Cortese Javiera (1), Matus Orrego Matías (1)
Afiliación: (1) Médico General de Zona, Hospital 21 de Mayo, Taltal

Introducción: La rabdomiólisis es un síndrome caracterizado por la destrucción del músculo estriado. Esta tiene como consecuencia liberación del contenido intracelular a la circulación, provocando daño multisistémico de severidad variable. El objetivo de este caso es enfatizar en la importancia de la sospecha clínica dentro de un centro hospitalario de baja complejidad para tratar de manera atingente consecuencias inmediatas graves de esta patología.

Presentación del caso: Paciente de 61 años con antecedentes de Epilepsia e Hiperplasia prostática benigna. Traído por familiares posterior a ser encontrado con atrición de extremidad inferior izquierda contra su camioneta durante más de 10 horas en playa donde trabaja. Al ingreso paciente algico, hipotérmico, con múltiples flictenas destechadas en muslo izquierdo, en región pretibial y a tensión en gastrocnemio tipo quemaduras térmicas de primer grado. Edema importante de extremidad, sin pulsos poplíteo, tibial posterior ni pedio palpables. Piel muy fría al tacto. Se solicitan radiografías y exámenes de laboratorio destaca lesión renal aguda con creatinina en 1.8, hiperkalemia severa con K 6.6, aumento de CK a 2808 y LDH 2682. Se decide realizar tratamiento inmediato de hiperkalemia iniciando infusión de gluconato de calcio 10% + 10U IC en 50cc de SG 30%, además de iniciar reposición de volumen. Se decide derivación a centro hospitalario de mayor complejidad. A su llegada a Hospital Regional de Antofagasta destaca Creatinina 3.96, BUN 65, K 6.6, CK 163.050. Paciente progresa con necrosis tubular aguda tóxica intrínseca por mioglobina con anuria secundaria. Se inicia terapia renal sustitutiva de urgencia.

Discusión y conclusiones: La rabdomiólisis es una patología a tener en cuenta por su fisiopatología en pacientes politraumatizados, para lo que es fundamental una alta sospecha clínica para confirmación rápida a través de exámenes básicos de laboratorio disponibles en centros hospitalarios de menor complejidad. De esta manera brindar soporte inicial adecuado a complicaciones tales como la hiperkalemia severa y la disfunción renal aguda por necrosis tubular.

Palabras clave: Hiperkalemia, Mioglobina, Rabdomiólis.

RABDOMIOLISIS SECUNDARIA A HIPOKALEMIA SEVERA EN CONTEXTO DE TRANSGRESIÓN ALCOHOLICA Y PSICOSIS: REPORTE DE UN CASO

Autores: Marín Cáceres, Francisca del Pilar (1); Rodríguez Alpaca, Pablo Marcelo (1); Aguayo Salazar, María Ignacia (1).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Ercilla, Ercilla, Araucanía.

Introducción: La rabdomiólisis es un síndrome clínico caracterizado por necrosis del tejido muscular, con la consiguiente liberación masiva de enzimas intracelulares a la circulación. Las causas son múltiples, y las complicaciones están en directa relación con la liberación de proteínas como la mioglobina, electrolitos y enzimas, estando habitualmente asociada a falla renal aguda, hiperkalemia, hiperfosfemia y aumento de transaminasas. Se presenta un caso con aspectos poco frecuentes: síntomas psicóticos, hipokalemia severa y sin insuficiencia renal.

Presentación del caso: Paciente femenina de 40 años, con antecedentes de alcoholismo crónico y trastorno de personalidad limítrofe (TPL) sin uso de fármacos de ningún tipo, ingresa a servicio de urgencia por cuadro de delirio paranoide con alucinaciones auditivas, sin reportar fatiga ni paresia. En exámenes destaca hipokalemia de 2.4 mEq/L y una creatinkinasa total (CK-total) de 934 U/L (siete veces el límite normal según laboratorio), asociado a elevación moderada de transaminasas y de parámetros inflamatorios, sin alteración de la función renal. Se descartan lesiones cerebrales. Se hospitaliza en servicio de medicina, donde se administra volumen y se realiza reposición electrolítica. Se monitoriza de forma seriada CK-total, función renal y niveles potasio, y se realiza panel completo de enfermedades autoinmunes, resultando negativas. Evaluación por psiquiatría indica mejoría de síntomas psicóticos, probablemente en contexto TPL no tratado y consumo de alcohol crónico. Se determina como diagnóstico de egreso: rabdomiólisis secundaria a hipokalemia severa, a su vez causada por el consumo excesivo de alcohol. Se realiza seguimiento 2 semanas posterior a hospitalización, con exámenes de control en niveles normales, indicándose el alta definitiva.

Discusión y conclusiones: La rabdomiólisis es un síndrome con múltiples causas descritas, sin embargo, no está totalmente clarificada la etiopatogenia con la que la hipokalemia genera esta condición. Es una causa infrecuente, con pocos casos descritos en la literatura. Se cree que el potasio disminuido genera un daño a nivel de la membrana celular del miocito, y también impide la vasodilatación necesaria para la oxigenación en momentos de mayores requerimientos metabólicos. Más aún, los casos sin falla renal aguda también son poco reportados, requiriéndose más investigación para poder determinar qué condiciones favorecen la indemnidad renal en este contexto.

Palabras clave: Alcohol, Hipopotasemia, Rabdomiólisis, Trastornos relacionados con alcohol

REALIDAD DE TELEDERMATOLOGÍA EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR CHIGUAYANTE DURANTE UN PERIODO DE DOS AÑOS:

Autores: Navarro Sáez Isidora (1); Nicolaides Berríos Danae (2) Zagal Acuña Hector (3)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Juan Cartes Arias, Lota. (2) Médico General de Zona, CESFAM Chiguayante, Chiguayante. (3) Médico General de Zona, Hospital de Lolol, O'Higgins.

Introducción: La telemedicina emplea tecnologías de la información y comunicación para brindar atención a distancia. La dermatología, basada en observación clínica, se adapta fácilmente a estas herramientas. La teledermatología facilita la atención en zonas aisladas y reduce los tiempos de espera. El médico de atención primaria de salud (APS) evalúa presencialmente a los pacientes presencialmente y realiza derivaciones remotas. Este proceso mejora la eficiencia y optimiza el uso de recursos del sistema de salud. Así, se acerca la especialidad a más usuarios de manera rápida y efectiva.

Materiales y métodos: Objetivo general Caracterizar las atenciones por teledermatología del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Chiguayante en un periodo de dos años, entre julio 2023 y junio 2025. Objetivos específicos Conocer las patologías diagnosticadas y el nivel de atención final requerido Analizar la concordancia diagnóstica entre el médico de APS y el especialista Describir los tiempos de atención y respuesta a los pacientes Métodos Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con datos obtenidos de la plataforma Salud Digital, del módulo Dermatología, correspondientes a pacientes atendidos entre julio 2023 y junio 2025 en consulta de Teledermatología en el CESFAM Chiguayante. Se analizaron datos de diagnóstico, correlación diagnóstica entre médico de APS y especialista, destino final de atención y tiempos requeridos para la atención completa. Se utilizó Microsoft Excel para análisis estadístico básico. El estudio fue autorizado por la dirección del establecimiento para acceder a la información sin requerir consentimiento informado, dado que no hubo intervención directa con pacientes.

Resultados: Se atendieron 292 pacientes por Teledermatología, algunos con más de un diagnóstico, sumando en total 310 patologías. El diagnóstico (tabla 1) más frecuente fue Dermatitis (38 casos, 13%), seguido por Queratosis seborreica (29 casos, 9,9%) y lesiones malignas en 23 pacientes (7,9%). La concordancia diagnóstica entre el médico de APS y el especialista fue del 82,2%. 183 pacientes (62,7%) continuaron su seguimiento en APS, mientras que 109 (37,3%) fueron derivados a atención por especialista. Los tiempos de respuesta del especialista promediaron 2,46 días (máximo 8), mientras que la respuesta del médico de APS al paciente demoró en promedio 22,5 días (máximo 84).

Discusión y conclusiones: El nivel de concordancia diagnóstica entre médicos de APS y dermatólogos fue alto (82,2%), coincidiendo con estudios previos en Chile. Asimismo, la mayoría de los pacientes (62,7%) continuó su seguimiento en APS. El tiempo para obtener la respuesta del especialista se encuentra dentro de lo establecido por las directrices de Teledermatología a nivel nacional, que indican que la respuesta debe ser entregada en aproximadamente 5 días, lo que representa una respuesta rápida ante la demanda de la especialidad. Sin embargo, existe una demora significativa en la entrega de la respuesta al paciente, con un promedio de 22,5 días. Esta

tardanza puede deberse a factores como la gestión de citas, permisos o motivos derivados del paciente lo que retrasa la comunicación del diagnóstico y el inicio del tratamiento. Estos resultados confirman que la teledermatología es una herramienta útil para apoyar a médicos de APS y reducir listas de espera en atención especializada.

Palabras clave: Atención primaria, Dermatología, Teledermatología, Tiempo de espera

REHABILITACIÓN INTEGRAL Y ENFOQUE PSICOSOCIAL SEGÚN LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD EN ZONA RURAL

Autores: Zegarra Valenzuela Sofía Paz (1); Stuardo Castillo Isidora Patricia (2); Zamorano Navarrete Sebastián Ricardo (3); Ahumada Ortega Sergio Ignacio (4)
Afiliación: (1) Médico General de Zona, CESFAM Quinta de Tilcoco/CECOSF Guacarhue, Quinta de Tilcoco. (2) Médico General de Zona, Hospital de Villarrica, Villarrica. (3) Médico General de Zona, CESFAM La Granja Sur, Santiago, (4) Interno de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago.

Introducción: El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) busca un abordaje integral centrado en la persona, familia y comunidad, siendo crucial en el primer nivel de atención, especialmente en zonas rurales. Se basa en tres principios irrenunciables: la atención centrada en las personas, la integralidad de la atención y la continuidad del cuidado. Ante la cronicidad y discapacidad en el adulto mayor, se presenta un caso de manejo integral y continuidad del cuidado desarrollado exclusivamente en la Atención Primaria de Salud (APS).

Presentación del caso: Paciente masculino de 74 años, residente rural, con antecedentes de paraplejía secundaria a caída de altura hace 4 años, postrado y con dependencia total. Presentaba Diabetes Mellitus en mal control (hemoglobina glicosilada 9,5%) por baja adherencia y Trastorno Adaptativo en tratamiento con Escitalopram. Se realizó evaluación interdisciplinaria (médico, kinesiólogo, enfermera y psicólogo) mediante visitas domiciliarias periódicas. La rehabilitación integral incluyó fortalecimiento de miembros superiores, entrenamiento en transferencias y educación familiar. Mediante gestión comunitaria, se obtuvo una silla de ruedas adaptada, logrando movilidad autónoma e independencia. La intervención psicológica favoreció una progresiva mejoría anímica, lo que permitió suspender el Escitalopram y finalizar la psicoterapia. Esta mejoría impactó directamente en la adherencia terapéutica de la diabetes, logrando un control glicémico adecuado con un descenso de HbA1c de 9,5% a 7,1% en seis meses. Todo el proceso se desarrolló en APS, evitando derivaciones u hospitalizaciones. El Consentimiento Informado para la publicación del caso fue obtenido del paciente.

Discusión y conclusiones: Este caso clínico es relevante al destacar la resolutividad de la APS, aplicando los principios irrenunciables del Modelo de Atención Integral en Salud para la rehabilitación y manejo de cronicidad en un contexto rural. La aplicación de la atención centrada en las personas y la integralidad de la atención (físico, psicológico y metabólico) junto con la continuidad del cuidado (visitas domiciliarias), permitieron que un paciente con discapacidad severa y cronicidad descompensada lograra independencia funcional, remisión del Trastorno Adaptativo y control metabólico. Se propone que la rehabilitación liderada por APS, con enfoque psicosocial, es un modelo eficiente y replicable para mejorar la funcionalidad y el control de enfermedades crónicas.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Diabetes Mellitus, Medicina Familiar, Paraplejía, Rehabilitación.

RELACIÓN ENTRE NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA Y FONDO DE OJO ALTERADOS EN PACIENTES DIABÉTICOS DE CESFAM RENAICO

Autores: Santos Salazar Julio (1); Muñoz Garrido Ivan (2), Maldonado Tisi Catalina (3), Flores Cruces Ana (4)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar de Renaico, Renaico, Araucanía. (2) Médico General, Centro de Salud Familiar de Renaico, Renaico, Araucanía. (3) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar de Renaico, Renaico, Araucanía. (4) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar de Renaico, Renaico, Araucanía.

Introducción: La retinopatía diabética (RD) es la complicación oftalmológica más frecuente de las personas que con Diabetes Mellitus, estimándose que un 30% la desarrollará. Existe directa relación con el tiempo de evolución y grado de control metabólico de la DM, reflejado en los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c), siendo un factor fundamental para la prevención y progresión de esta patología. Nuestro objetivo es determinar la relación entre los niveles de HbA1c y la presencia de fondo de ojo alterado en pacientes diabéticos del CESFAM Renaico.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de tipo observacional, utilizando información proveniente de los tarjetones electrónicos del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) del CESFAM Renaico. Se incluyeron los fondos de ojo (FO) con sospecha de retinopatía diabética, realizados durante octubre de 2024 y octubre de 2025. Se obtuvo un total de 95 registros de fondos de ojo alterados, a los cuales se les asoció el valor de hemoglobina glicosilada (HbA1c) más cercano a la fecha de la toma del examen oftalmológico, con el fin de explorar su relación descriptiva. El estudio contó con la autorización del director del CESFAM y del equipo del PSCV.

Resultados: Del total de muestra, se obtuvo que el valor mínimo de Hb1Ac fue de 5.4%, el máximo de 16.3 %, el promedio de 9.1 %, la mediana de 9 % y que un 75 % de tienen resultados mayores a 7.5 %, lo que indica un control metabólico inadecuado. Además, se observó una concentración alta de valores por encima de 8 %, lo que se asocia con un mayor riesgo y progresión de daño retiniano.

Discusión y conclusiones: Los resultados muestran un control metabólico deficiente en la mayoría de los pacientes con fondo de ojo alterado, evidenciado por un promedio de HbA1c de 9.1 % y un 75 % con valores superiores a 7.5 %. Estos hallazgos son concordantes con la evidencia internacional, que señala que mantener niveles de HbA1c bajo 7 % reduce significativamente la progresión del daño retiniano. En este contexto, se hace necesario fortalecer las estrategias de control metabólico, educación en autocuidado y coordinación entre atención primaria y oftalmología, con el fin de prevenir complicaciones visuales y mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el CESFAM Renaico.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Fondo de Ojo, Hemoglobina Glicosilada, Retinopatía Diabética

REPORTE DE UN CASO: REACCIÓN ADVERSA CUTÁNEA A SEMAGLUTIDE

Autores: Navarro Sáez Isidora (1); Zagal Acuña Hector (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Juan Cartes Arias, Lota. (2) Médico General de Zona, Hospital de Lolol, O'Higgins. (3) Médico General de Zona, CESFAM Chiguayante, Chiguayante.

Introducción: El semaglutide, un potente agonista del receptor del péptido similar al glucagón-1 (GLP-1), estimula la secreción de insulina y se ha establecido para tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Su eficacia está demostrada en la reducción de HbA1c, índice de masa corporal y eventos cardiovasculares adversos. A pesar de que los efectos secundarios más comunes son gastrointestinales, se han notificado reacciones adversas cutáneas (RAC) raras. Estas RAC incluyen hipersensibilidad, dermatitis, penfigoide ampolloso y erupciones morbiliformes. El diagnóstico de estas manifestaciones exige una anamnesis exhaustiva y soporte histopatológico, siendo el manejo principal la interrupción del agente. El objetivo de este trabajo es describir una RAC atípica asociada a estos nuevos hipoglucemiantes.

Presentación del caso: Paciente masculino de 37 años, con antecedente de obesidad, inicia tratamiento con semaglutida para control ponderal. Al mes, desarrolla una erupción fija liquenoide bien delimitada en el dorso de la mano izquierda, sin uso concomitante de otros fármacos. Los exámenes generales e inmunológicos resultan normales, por lo que se realiza biopsia cutánea previo consentimiento informado. El estudio histopatológico revela dermatitis liquenoide y vacuolar con vasculitis linfocitaria en dermis profunda, compatible con reacción adversa a medicamento. Tras suspender la semaglutida, no se observaron nuevas lesiones, y las previas evolucionan a hiperpigmentación postinflamatoria tras resolución de la erupción medicamentosa fija.

Discusión y conclusiones: El semaglutide, además de sus indicaciones aprobadas, se utiliza fuera de indicación para el manejo del peso en pacientes con obesidad. Generalmente se tolera bien; sin embargo, se han descrito reacciones adversas que van desde efectos gastrointestinales comunes hasta manifestaciones dermatológicas poco frecuentes, como la erupción liquenoide observada en este caso. La correlación cuidadosa entre la historia clínica y el inicio de las lesiones es fundamental para un diagnóstico preciso. Se requiere la publicación de más reportes de casos para generar mayor evidencia sobre estas RAC asociadas al uso de semaglutida.

Palabras clave: Reacción adversa, semaglutida, agonista del receptor GLP-1

RESECCIÓN DE NEVO MELANOCÍTICO Y HALLAZGO DE FIBROXANTOMA ATÍPICO, A PRÓPOSITO DE UN CASO

Autores: Villalobos Gahona Juana (1); Fernández Torrejón Eduardo (1), Puentes Espejo Juan Pablo (1), Debrini Swaneck Andrés (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Marcos Macuada, Tocopilla. (2) Interno de medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta.

Introducción: El fibroxantoma atípico (FXA) es una neoplasia cutánea de origen fibrohistocitoma mesenquimal, previamente categorizado como histiocitoma fibroso maligno. Se presenta como un tumor en áreas de cuello y cabeza de crecimiento rápido que tienden a ulcerarse y sangrar, más frecuente en areas fotoexpuestas y/o asociadas con radiación. Algunos subconjuntos de FXA se han asociado a curso agresivo, recurrencia local, metástasis a distancia y muerte. La AFX registra una incidencia anual de 8 por 1000000. El promedio de edad de diagnóstico 70-80 años, el 80% de los casos se desarrollan en hombres. Dado el potencial riesgo de metástasis y recidiva se prefiere realizar cirugía de Mohs para su hallazgo histopatológico inmediato y resección definitiva.

Presentación del caso: Paciente femenina, 55 años, sin antecedentes mórbidos, es derivada a atenciones en cirugía menor de hospital comunitario por cuadro de 1 mes de evolución de aparición de lesión nodular hiperpigmentada, de rápido crecimiento, no dolorosa, en piel de dorso de mano izquierda. Inicialmente, bajo sospecha diagnóstica de nevo melanocítico, se realiza exéresis sin incidentes, enviando muestra a biopsia, cuyo informe describe estudio inmunohistoquímico con anticuerpos positivos contra bcl2, CD68 y CD163, con índice de proliferación celular medido con ki67 de 30%, compatible con fibroxantoma atípico, que alcanza el borde profundo y lateral de la muestra obtenida. En este contexto, ante la potencial malignidad y el riesgo de recidiva, se interconsulta a especialidad para evaluación y definición de nuevos márgenes quirúrgicos.

Discusión y conclusiones: A partir del caso presentado se concluye que es de suma importancia mantener un seguimiento adecuado de los pacientes que son intervenidos en instancias de cirugía menor, por mínima que esta parezca, debido a que finalmente serán los métodos histológicos los que definan el manejo de la lesión. Si bien la pesquisa de estas lesiones es en atención primaria se debería asegurar la pronta atención por especialidad para garantizar una evaluación con las herramientas necesarias para determinar el abordaje quirúrgico y/o posibles terapias coadyuvantes que completen el tratamiento definitivo.

Palabras clave: Cirugía de Mohs, Histiocitoma Fibroso Maligno, Nevo Pigmentado.

RETINOPATÍA DIABÉTICA Y HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS EN LA COMUNA DE CANELA EN 2025, UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Autores: Toutin Espinoza Juan Pablo (1); Chacano Muñoz Rodrigo (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Canela, Canela.

Introducción: La retinopatía diabética (RD) es una complicación microvascular de la diabetes mellitus (DM) que afecta a los vasos retinales. Representa la tercera causa de ceguera irreversible a nivel mundial. Se clasifica como RD proliferativa (RDP) o no proliferativa (RDNP), según si existe proliferación de vasos de neoformación, siendo la RDP una etapa más avanzada y de mayor gravedad. El fondo de ojo (FO) es un examen que explora estructuras oculares internas, como el nervio óptico, la retina y sus estructuras. En pacientes con DM permite detectar la presencia de RD. Por otra parte, la hemoglobina glicosilada (HbA1c) es un examen que refleja el promedio de los niveles de glucosa en sangre durante los últimos 3 meses. El objetivo de este trabajo es describir la prevalencia de RD según los FO realizados en 2025 en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Canela y evaluar los niveles de HbA1c de las personas con RD.

Materiales y métodos: Se presenta un diseño descriptivo transversal. La población consistió en pacientes con DM del CESFAM Canela que se realizaron un FO en 2025. Los datos fueron extraídos de una base de datos elaborada por la enfermera del programa cardiovascular del CESFAM. Se excluyó a pacientes sin registros de HbA1c durante el año 2025 o cuyos resultados del FO informaran normalidad u otras patologías. Adicionalmente, se revisaron los FO de años anteriores (entre 2022 y 2024) de las personas que en 2025 presentaron RDP.

Resultados: Del total de 300 FO realizados, excluyendo a las personas sin registros de HbA1c recientes, 71 personas (23,6%) presentaron RD. De estas, 43 fueron mujeres (60,5%) y 28 hombres (39,4%), además, 39 personas (54,9%) eran adultos mayores. En total 23 personas (32,3%) tuvieron RD unilateral, mientras que 48 (67,6%) presentaron RD bilateral; entre estos últimos, 35 (72,9%) tuvieron el mismo grado de RD bilateralmente, mientras que el 13 (27,1%) presentaron diferentes grados en cada ojo con respecto al otro. Además, 67 personas (94,3%) presentaron RDNP y 4 (5,6%) RDP. De las personas con RDP, 2 (50%) tenían un FO previo informando RDNP. El promedio de HbA1c entre los pacientes con RD fue de 8,4%. La HbA1c más alta fue 14,3%, mientras la más baja fue 4,8%. Finalmente, 25 (35,2%) registraron una HbA1c mayor o igual a 9,0%, mientras que 24 (33,8%) de los pacientes con RD presentó HbA1c menor a 7%.

Discusión y conclusiones: La RD se sospecha habitualmente en personas con DM descompensada. Sin embargo, se observa un porcentaje importante de pacientes compensados con resultado alterado en el FO. Esto refuerza la necesidad de controlar con este examen a la totalidad de pacientes con DM, independiente de su HbA1c. Además, se observan pacientes con grados distintos de RD en cada ojo, por lo que, ante un examen con resultado inconcluso, se debe referir al especialista para determinar su diagnóstico oportunamente. Es fundamental controlar con FO de forma periódica, con el fin de detectar, derivar y prevenir la progresión de la enfermedad.

Palabras clave: Atención primaria de salud, Complicaciones de la diabetes, Oftalmoscopía, Retinopatía diabética.

ROSÁCEA GRANULOMATOSA REFRACTARIA A TRATAMIENTOS CONVENCIONALES: REPORTE DE UN CASO

Autores: Márquez Toledo, Priscilla Constanza (1). Guarda Subiabre, Diego Ignacio (2). Obreque Palma, Tomás Agustín (3). Arrau Soza, Catalina (4)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Juan Pablo II, San Bernardo, Santiago, Chile. (2) Médico General, Clínica Andes, Puerto Montt, Chile. (3) Médico General de Zona, CESFAM Juan Pablo II, San Bernardo, Santiago, Chile (4) Médico General de Zona, CESFAM Juan Pablo II, San Bernardo, Santiago, Chile

Introducción: La rosácea granulomatosa (RG) corresponde a una variante clínica infrecuente de la rosácea, caracterizada por pápulas firmes y monomorfas localizadas principalmente en la región centrofacial. Histológicamente se observa un infiltrado inflamatorio granulomatoso no caseificante. Su etiopatogenia es multifactorial, involucrando alteraciones de la inmunidad innata, sobrepoblación de Demodex folliculorum y disfunción vascular. Dada su presentación clínica heterogénea, resulta fundamental diferenciarla de otras dermatosis granulomatosas, como el lupus miliar diseminado facial (LMDF) y la sarcoidosis cutánea, ya que el enfoque diagnóstico y terapéutico difiere significativamente.

Presentación del caso: Paciente masculino de 28 años, sin antecedentes mórbidos, con cuadro de dos años de evolución caracterizado por lesiones pápulo-eritematosas bilaterales en mejillas, refractarias a tratamientos tópicos y orales previos (metronidazol y doxiciclina). La persistencia de las lesiones motivó la realización de biopsia cutánea para descartar LMDF versus RG. El estudio histopatológico evidenció epidermis con leve hiperqueratosis y paraqueratosis focal, ectasia infundibular y presencia de Demodex folliculorum, asociadas a infiltrado perifolicular compuesto por linfocitos, histiocitos y granulocitos neutrófilos conformando granulomas no caseificantes, sin evidencia de vasculitis ni depósito de mucinas. Los hallazgos fueron compatibles con rosácea granulomatosa. Se indicó tratamiento con isotretinoína 20 mg diarios, observándose resolución completa de las lesiones al tercer mes de seguimiento. Se obtuvo consentimiento informado para la publicación del caso.

Discusión y conclusiones: La RG constituye un desafío diagnóstico por su similitud clínica con otras dermatosis granulomatosas. La confirmación histológica es esencial para establecer el diagnóstico definitivo y excluir entidades como el LMDF, en la cual suele observarse necrosis central y depósito de mucinas en dermis. En la RG, estos hallazgos están ausentes, predominando un infiltrado perifolicular granulomatoso. Si bien las terapias convencionales incluyen metronidazol tópico y tetraciclinas orales, la isotretinoína representa una alternativa eficaz en casos refractarios, actuando sobre la inflamación folicular y la modulación de Demodex. Este caso enfatiza la importancia del estudio histopatológico en rosáceas atípicas y del manejo escalonado según la evidencia actual.

Palabras clave: Biopsia, Isotretinoína, Rosácea granulomatosa.

ROSÁCEA IMPETIGINIZADA EN PACIENTE CON COMORBILIDADES METABÓLICAS: REPORTE DE CASO

Autores: Estrada Scheihing, Catalina (1); García Guzmán, Paula Valentina (2); García Muñoz, Isabella Antonia (2)
Afiliaciones: (1) Médico general de zona CESFAM Belloto Sur (2) Interna de medicina Universidad de Chile

Introducción: La rosácea es una dermatosis inflamatoria crónica de la unidad pilosebácea y de los vasos cutáneos del rostro, caracterizada por eritema persistente, telangiectasias y lesiones papulopustulosas en el área centrofacial. La sobreinfección bacteriana secundaria (rosácea impetiginizada) puede modificar el curso clínico y dificultar el diagnóstico. Se presenta este caso por la coexistencia de múltiples comorbilidades metabólicas y la buena respuesta terapéutica obtenida.

Presentación del caso: Paciente femenina de 63 años, con antecedentes de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y asma. Consulta por cuadro de un mes de evolución caracterizado por aparición progresiva de pústulas no confluentes sobre base eritematosa en región centrofacial, que evolucionaron a costras melicéricas. Recibió tratamiento con amoxicilina/ácido clavulánico, sin mejoría. Al examen físico destaca facie eritematosa con pápulas y costras melicéricas en frente, párpados, nariz y mentón, sin secreción ni compromiso de otras áreas corporales. Se diagnosticó rosácea impetiginizada (sospecha Morbihan). Se indicó doxiciclina 100 miligramos(mg) cada 12 horas por 14 días y luego una vez al día por 16 días; prednisona 20 mg en pauta descendente por 17 días; crema de ácido fusídico con betametasona cada 12 horas por 7 días; y jabón hidratante. Se solicitaron exámenes para eventual uso de isotretinoína. A los dos meses, la paciente presentó evidente mejoría clínica, presentando leve eritema facial con telangiectasias con escasas pápulas y pústulas. Debido a la buena respuesta al tratamiento se difirió el uso de isotretinoína. Los exámenes mostraron hemoglobina glicosilada 9,6% y TSH 0,05 mUI/L, por lo que se derivó a atención primaria para compensación metabólica. Se obtuvo consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: La rosácea impetiginizada representa un desafío diagnóstico por su similitud con infecciones cutáneas primarias. En pacientes con comorbilidades metabólicas, la inflamación sistémica puede exacerbar el cuadro dermatológico y dificultar el manejo. El tratamiento combinado con antibióticos sistémicos, corticoides orales y terapia tópica dirigida permitió una evolución favorable. Este caso refuerza la necesidad de un enfoque integral que considere las enfermedades crónicas de base y el impacto del control metabólico en las dermatosis inflamatorias. Además, destaca la importancia de diferir terapias sistémicas potencialmente hepatotóxicas hasta la adecuada compensación del paciente.

Palabras clave: Dermatología, Impétigo, Infección cutánea bacteriana, Rosácea

Rush alérgico que no lo era, superposición de dermatomiositis y lupus eritematoso sistémico, a propósito de un caso

Autores: Villalba Pacheco Álvaro (1); Rifo Fuentealba Patricio (2), Rifo Fuentealba Paula (3), Gajardo Limarí Marcelo (4)

Afiliaciones: (1) Médico Cirujano, Consultorio Miraflores, Temuco (2) Médico en Etapa de Destinación y Formación, Consultorio Miraflores, Temuco (3) Médico en Etapa de Destinación y Formación, Consultorio Miraflores, Temuco (4) Médico Cirujano, Consultorio Miraflores, Temuco

Introducción: La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática caracterizada por compromiso cutáneo y debilidad muscular proximal progresiva. Puede presentarse como enfermedad aislada o coexistir con otras patologías autoinmunes, como el lupus eritematoso sistémico (LES). El diagnóstico puede retrasarse cuando las manifestaciones iniciales se confunden con cuadros dermatológicos o alérgicos. Se presenta el caso de una paciente en quien un cuadro inicialmente tratado como “rush alérgico” se trataba en realidad de una superposición de dermatomiositis y LES confirmados por estudio inmunológico y biopsia muscular.

Presentación del caso: Paciente femenina de 54 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo y dislipidemia. Consultó por cuadro de dos meses de evolución caracterizado por debilidad muscular proximal progresiva y eritema facial pruriginoso. En su primera atención en urgencias se diagnosticó “rush alérgico” y se indicó tratamiento con clorfenamina y betametasona intramuscular, sin mejoría clínica. Reconsultó en SAR Miraflores, donde se observó eritema heliotropo, edema facial discreto y debilidad muscular proximal. Los exámenes mostraron creatinkinasa 10.365 U/L, transaminasas elevadas (GOT 445 U/L, GPT 264 U/L) y proteína C reactiva 19 mg/L. Ante sospecha de dermatomiositis se inició tratamiento con corticoides endovenosos y se derivó a centro terciario para hospitalización y estudio. Durante la hospitalización se realizó biopsia muscular compatible con dermatomiositis y estudio inmunológico positivo para anticuerpos ANA y anti-DNA, confirmándose superposición con LES. Se inició tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día con decalaje progresivo y metotrexato 15 mg subcutáneo semanal, con mejoría clínica parcial pero significativa al momento del alta. En controles ambulatorios, ante evolución subóptima, se administró rituximab 1 g intravenoso, con una segunda dosis a los 15 días, con evolución favorable y recuperación completa de la fuerza muscular. Paciente se mantiene en controles periódicos por Reumatología.

Discusión y conclusiones: Las manifestaciones cutáneas iniciales llevaron a un diagnóstico erróneo de rush alérgico. La coexistencia de dermatomiositis y LES representa un desafío diagnóstico y terapéutico, requiriendo alta sospecha clínica y confirmación histológica e inmunológica. Este caso destacó la importancia de reconocer signos cutáneos y musculares tempranos, permitiendo instaurar tratamiento inmunosupresor oportuno, mejoría sintomática precoz y prevención de complicaciones.

Palabras clave: Dermatomiositis, Lupus, Rituximab

SARCOIDOSIS CARDIACA COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Sánchez Zenteno Eduardo Andrés (1); Hernández Galdames Juan José (2), Torres García Jesús Sergio Antonio (3)

Afiliaciones: (1) Médico general de zona, Hospital de Licantén, Licantén (2) Médico general de zona, Hospital de Collipulli, Collipulli (3) Médico general de zona, Centro salud familiar el Tabo, El Tabo

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria multisistémica caracterizada por acumulación de granulomas no caseosos en diversos órganos, siendo la zona más comprometida el territorio pulmonar en un 90% de los casos. La sarcoidosis cardiaca por su parte constituye un 3-10% de las sarcoidosis sistémicas, manifestándose principalmente por bloqueo auriculoventricular completo, arritmias ventriculares e insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida. La incidencia anual ajustada por edad fue de 10,9 por 100.000 entre estadounidenses de raza blanca y de 35,5 por 100.000 entre afroamericanos.

Presentación del caso: Paciente de 55 años, sexo femenino, sin antecedentes, cursó cuadro de 5 años de evolución de angina, asociado a disnea de esfuerzo y edema de extremidades inferiores. Por dicho motivo, paciente inició seguimiento por Cardiología, confirmándose a través de ecocardiograma insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida, por lo que se inició tratamiento con bisoprolol, empaglifozina, valsartan y espironolactona, con buena respuesta sintomática inicial. Sin embargo, paciente en controles posteriores (abril 2024) sufrió descompensación de su cuadro, a raíz de taquicardias recurrentes y disnea de reposo pese a manejo descrito, decidiendo programación de cardioversión eléctrica y ablación de venas pulmonares en noviembre 2024., sin embargo, paciente persistió sintomática. A raíz de lo anterior, se decidió complementar estudio de caso, solicitándose resonancia magnética cardiaca en mayo 2025, que evidenció signos de miocardiopatía inflamatoria con patrón de realce tardío característico de miocarditis y defecto de perfusión de primer paso en reposo, sugerente de Sarcoidosis cardiaca. Se solicitó de forma complementaria tomografía axial computarizada de tórax con fines de evaluar sarcoidosis, estudio en el cual se informó leve ateromatosis aórtica, sin otros hallazgos, por lo cual se descartó compromiso pulmonar asociado.

Discusión y conclusiones: La sarcoidosis cardiaca es infrecuente, debiendo sospecharla frente a cuadros de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida que no tienen buena respuesta sintomática, previa exclusión de otras causas. La resonancia magnética cardíaca es la piedra angular del diagnóstico dada su sensibilidad y especificidad (ambas superiores al 90 %), identificando áreas de daño miocárdico (edema y cicatrización) a través del realce tardío de gadolinio. Dicho patrón es típicamente multifocal y parcheado, observándose principalmente en epicardio y miocardio medio.

Palabras clave: Arritmias Cardiacas, Insuficiencia Cardiaca, Sarcoidosis.

SARCOMA DE EWING COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LUMBALGIA CON BANDERAS ROJAS, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Elicer Reyes Pablo (1); Melo Hernández Josefa (2), Cortés León Rodrigo (2), Astudillo Marchant Rocío (2)

Afiliaciones: (1) Médico Cirujano, Hospital de Coinco, Coinco. (2) Médico General de Zona, Hospital de Coinco, Coinco

Introducción: El dolor lumbar es un síntoma inespecífico causado por diversas entidades patológicas, pese a que la mayoría corresponde a causas mecánicas, es importante evaluar las banderas rojas de lumbalgia, dentro de las cuales se encuentran los procesos neoplásicos. El sarcoma de Ewing es un tumor óseo maligno, el segundo más común de los tumores óseos primarios que afectan a pacientes pediátricos y adultos jóvenes, solamente superado por los Osteosarcomas, se localiza principalmente en huesos largos y planos, dada su alta capacidad metastásica requiere diagnóstico y tratamiento oportuno. El objetivo de este caso clínico es destacar la importancia de la evaluación de banderas rojas en el abordaje de pacientes que consultan por lumbalgia.

Presentación del caso: Acude paciente femenina de 17 años, sin antecedentes mórbidos, por cuadro clínico de un año de evolución caracterizado por lumbalgia bilateral mayor a izquierda irradiado por dorsal a glúteo y extremidad inferior ipsilateral, posterior a caída en piscina. Al interrogatorio niega fiebre, parestesias, anestesia en silla de montar, incontinencias, neoplasia, uso de corticoides, baja de peso. Al examen físico se observa marcha simétrica, extremidades inferiores sin deformidad, dolor a la palpación de musculatura lumbar izquierda, test de elevación de pierna extendida y Lasègue positivo a izquierda. Se inicia estudio con radiografía de columna lumbar y cervical que impresiona gran lesión lítica en hueso iliaco izquierdo, que se extiende a la articulación sacroilíaca, ala sacra, y columna lumbar baja ipsilateral y determina destrucción cortical del hueso iliaco. Se interconsulta a Traumatología y solicitan TAC-AP que describe masa pelviana izquierda con características neoplásicas, extensas lesiones líticas y fractura patológica en hueso iliaco izquierdo. Posteriormente se realiza biopsia guiada por Radiología Intervencional con hallazgo de IHQ CD99 positivo FLI1 positivo que favorecen el diagnóstico de sarcoma de Ewing clásico. Se decide en Comité Oncológico inicio de Quimioterapia. Madre firma consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: El caso expuesto enfatiza la necesidad de evaluar banderas rojas en lumbalgia, incluso en jóvenes sin antecedentes, dada la atípica presentación del sarcoma de Ewing. La persistencia del dolor y los hallazgos radiológicos fueron cruciales para el diagnóstico temprano de esta neoplasia ósea, facilitando un tratamiento oncológico oportuno.

Palabras clave: Lumbalgia, Banderas Rojas, Neoplasia, Sarcoma de Ewing, Lasègue

SARCOMA DE KAPOSI COMO MANIFESTACIÓN DEL ABANDONO TERAPÉUTICO EN PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA:

Autores: Jimenez Rodriguez Pilar (1).; Amigo Lam Pablo (1), Martinez Sanchez Matias (1), Torres Agurto Rocio (1).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de San Vicente Tagua Tagua, San Vicente Tagua Tagua.

Introducción: El sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor angioproliferativo causado por el virus del herpes humano tipo 8 (HHV-8) Se caracteriza por la aparición de lesiones violáceas, rojizas o marrones en piel o mucosas, aunque también puede afectar pulmones, hígado o el tracto gastrointestinal. En la mayoría de la población el HHV-8 permanece inactivo, sin embargo, en inmunosupresión especialmente por virus inmunodeficiencia humana (VIH) sin tratamiento antirretroviral (TARV) o con abandono del mismo, es el factor predictor más importante.

Presentación del caso: Hombre de 32 años con antecedente de VIH y abandono de TARV por tres años consulta por un mes de evolución de lesiones púrpuras en piel y mucosas, indoloras. Niega otra sintomatología sistémica. Al examen físico destacan placas violáceas rugosas que comprometen la nariz, bóveda palatina completa, encía vestibular y pie izquierdo. Se decide ingreso hospitalario para completar estudio. En biopsia escisional de dorso nasal, la conclusión fue: hallazgos histopatológicos consistentes con sarcoma de Kaposi. Estudio inmunohistoquímico: HHV-8 positivo. Reinicia TARV, quedando en seguimiento por infectología, oncología, patología oral y dermatología. Tras 10 meses de TARV logra remisión parcial del cuadro clínico sin necesidad de quimioterapia.

Discusión y conclusiones: La detección temprana del VIH y la adherencia al TARV son fundamentales para prevenir complicaciones como el SK. Estudios recientes muestran que la incidencia del SK disminuye al iniciar TARV de forma precoz y lograr supresión viral, mientras que el diagnóstico tardío y la falta de adherencia siguen siendo factores de riesgo significativos. En términos prácticos, los programas de salud deben priorizar la estrategia de “test, treat and retain”: detectar a quienes tienen riesgo, iniciar TARV cuanto antes y mantener un seguimiento continuo para asegurar adherencia. Así se evita que la infección progrese hasta un estado que permita la aparición del SK, con su alta morbilidad y peor pronóstico. En conclusión, la pesquisa oportuna y el tratamiento continuo del VIH son intervenciones de gran eficacia para prevenir infecciones oportunistas y neoplasias definidas por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como el sarcoma de Kaposi.

Palabras clave: Infección por VIH, Inmunosupresión, Sarcoma de Kaposi.

SHOCK ANAFILACTICO REFRACTARIO SECUNDARIO A ROTURA DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Zamora Mancilla Matías (1); Vivallo Sanhueza Gabriela (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Eduardo González Galeno, Cunco, Araucanía

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad infecciosa zoonótica producida por el microorganismo parasitario Echinococcus granulosus (1). Chile es una zona endémica predominando en zonas de ganadería. La incidencia global es de 1,8 por 100.000 personas para el 2015. Con una mortalidad, el año 2017 fue de 0,01 cada 100.000 personas (2), lo que hace a esta patología un diagnóstico diferencial a considerar en la práctica clínica y sobre todo en nuestro país al ser una zona endémica.

Presentación del caso: Paciente de 12 años que consultó en servicio de urgencia rural Melipeuco por cuadro de golpe en zona epigástrica asociado a vómitos y dolor intenso, posteriormente evolucionó con rash cutáneo habonoso por lo que se derivó a Hospital de mayor complejidad, paciente persistió con rash a lo que se agregó hipotensión, signos de hipoperfusión y taquicardia interpretándose como shock anafiláctico, posteriormente presento múltiples eventos similares requiriendo administración de Adrenalina intramuscular en reiteradas ocasiones, se solicitaron exámenes que destacaba Leucocitos de 18.330 y PCR de 77.5, se amplió estudio con ecotomografía abdominal que informó 2 quistes hidatídicos de 8 y 9 cms en segmentos VII y parte del VI respectivamente, uno de ellos con signos de rotura hacia cavidad peritoneal. Se solicitó pabellón de urgencia para resolución quirúrgica. TC de abdomen y pelvis preoperatorio confirmó mismos hallazgos. Mediante Laparotomía exploradora se realizó quistectomía + colecistectomía sin incidentes. Posteriormente biopsia confirmó presencia de quiste hidatídico, y se realizó confirmación serológica con IgG ELISA positivo e index hidatidosis IgG 1.9 (positivo) Paciente evolucionó de forma favorable, se inició Albendazol durante hospitalización del cual completo 150 días posteriormente de forma ambulatoria donde es dada de alta.

Discusión y conclusiones: La hidatidosis es una patología frecuente en nuestro país, dado que somos zona endémica, por lo que identificar y abordar esta patología es crucial en el ámbito clínico. Los síntomas por lo general incluyen fiebre, dolor, masa palpable e ictericia y su manejo final dependerá de si el quiste presenta complicación o no, siendo el primer caso el tratamiento de elección la cirugía (3) como se presenta en este caso clínico el cual afortunadamente tuvo un desenlace satisfactorio.

Palabras clave: Hidatidosis, Quiste Hepático, Shock Anafiláctico

SINCOPE COMO PRESENTACIÓN DE SÍNDROME AÓRTICO AGUDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Obreque Zambrano Bastián (1); Barrera Quiroz Javier (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Maullin, Maullín.

Introducción: El aneurisma de aorta abdominal (AAA), es una dilatación anormal de la aorta abdominal, es un hallazgo relativamente común y puede ser potencialmente mortal. La gran parte son infrarrenales. Solo entre el 20 al 30% de los pacientes que se presentan en el servició de urgencia con ruptura tienen diagnóstico conocido de AAA. La triada clásica es dolor abdominal intenso, masa abdominal pulsátil e hipotensión presente el 50% de los casos. A continuación, se presenta caso de paciente que acude a urgencia por sincope como síntoma cardinal

Presentación del caso: Paciente femenina de 86 años con antecedentes de diabetes e hipertensión arterial, sin patología vascular conocida, acude al servicio de urgencias por sincope de 7 minutos de evolución. Ingresa en malas condiciones generales, Glasgow 4, hipotensa, extremidades frías, pulso filiforme, ingurgitación yugular. Destaca a la evaluación abdominal, sensibilidad generalizada, signos de irritación peritoneal y masa pulsátil. A la evaluación secundaria, presenta historia de dolor abdominal súbito en fosa iliaca izquierda de 90 minutos de evolución hasta el compromiso de conciencia ya descrito. Se estabiliza y se deriva a centro de mayor complejidad por sospecha de síndrome aórtico agudo. Se realiza scanner destacando un gran aneurisma de la aorta abdominal infrarrenal con signos de rotura y sangrado retroperitoneal de moderada cuantía. Se realiza evaluación en pabellón confirmándose aneurisma roto en el nacimiento arteria renal izquierda, hematoma retroperitoneal y hemoperitoneo.

Discusión y conclusiones: La ruptura aórtica se debe al debilitamiento de la pared aórtica hasta el punto de que ya no puede soportar las fuerzas a las que se ve sometida, generando la consiguiente fuga de sangre fuera de los límites de la aorta, generalmente hacia el retroperitoneo. Al ingresar a urgencias, solo un 45% presenta dolor abdominal, 17% dolor de espalda, 20 % sincope y 30% sensación de desvanecimiento. El proceso diagnóstico inicia con la sospecha clínica y hallazgos en el examen físico, pero se confirma con una imagen abdominal. En los casos de pacientes hemodinámicamente inestables con sospecha de ruptura se sugiere la realización de ecografía bedside para lograr una reparación precoz.

Palabras clave: Sindrome Aortico Agudo, Rotura de la Aorta, Síncope

SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS EN CONTEXTO RURAL: REPORTE DE CASO EN HOSPITAL DE CALBUCO

Autores: Mercado Núñez Bruno (1); Venegas Sanhueza Matías (1), Marchant Lobos Paulina (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Calbuco, Calbuco, Chile

Introducción: El síndrome cardiopulmonar por hantavirus es una zoonosis endémica en el sur de Chile, causada por el virus Andes, único hantavirus con transmisión interhumana descrita. Su presentación inicial es inespecífica, con síntomas semejantes a cuadros febriles virales, pero puede evolucionar rápidamente hacia insuficiencia respiratoria aguda y shock por compromiso miocárdico. En áreas rurales, la sospecha precoz y la activación oportuna de la red asistencial son determinantes para la sobrevida del paciente [1–3].

Presentación del caso: Hombre de 38 años, residente en Pargua, consulta en el Servicio de Urgencia del Hospital de Calbuco por cinco días de fiebre alta, vómitos, diarrea y dificultad respiratoria progresiva. Al ingreso presenta fiebre de 39,6 grados Celsius, taquicardia y saturación de oxígeno de 93 por ciento en aire ambiental. La radiografía de tórax mostró infiltrado intersticial difuso bilateral y el panel viral respiratorio resultó negativo. Los exámenes de laboratorio evidenciaron hemoconcentración, leucocitosis con desviación izquierda, trombocitopenia moderada, elevación de transaminasas, falla renal leve, aumento del dímero D y de la proteína C reactiva. Ante el antecedente de trabajo en sector rural, se plantea sospecha de síndrome cardiopulmonar por hantavirus y se coordina su traslado al Hospital de Puerto Montt. En dicho centro se confirmó la infección por virus Andes mediante serología con inmunoglobulina M positiva, requiriendo manejo ventilatorio y cuidados intensivos. Tras la confirmación diagnóstica, se dispuso su traslado a un centro de mayor complejidad con disponibilidad de oxigenación por membrana extracorpórea.

Discusión y conclusiones: El síndrome cardiopulmonar por hantavirus constituye una emergencia infecciosa de alta letalidad, con mortalidad aproximada del 25 por ciento en Chile. Este caso enfatiza la relevancia del diagnóstico temprano en hospitales rurales y la coordinación eficiente entre niveles asistenciales. La identificación de signos clínicos y hallazgos de laboratorio característicos permitió activar precozmente la red de derivación. La educación comunitaria, el control de roedores y la capacitación del personal de salud rural son pilares esenciales para prevenir y reducir la morbimortalidad en zonas endémicas del sur del país [4,5].

Palabras clave: Palabras clave: Hantavirus, Síndrome cardiopulmonar, Zoonosis, Chile

SÍNDROME CATATÓNICO EN ADOLESCENTE, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD

Autores: Gutiérrez Parada, Sofia (1); Pereira Hernández, Omar (1); Ortiz Cartes, María Ignacia (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Collipulli, Collipulli. (2) Médico General de Zona, CESFAM Los Sauces, Los Sauces

Introducción: El síndrome catatónico es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por alteraciones motoras, del lenguaje y del comportamiento, que puede presentarse en múltiples contextos, tanto psiquiátricos como médicos. Su diagnóstico precoz es fundamental, ya que constituye una urgencia potencialmente reversible con tratamiento oportuno. En servicios rurales o de baja complejidad, su identificación representa un desafío clínico importante por su baja frecuencia y la superposición con otras patologías neurológicas.

Presentación del caso: Paciente femenina de 16 años, sana, consulta en Urgencia del Hospital de Collipulli por mutismo y anorexia progresiva de 4 días de evolución, sin desencadenante evidente. Al ingreso se encontraba taquicárdica, hipertensa, con mucosas deshidratadas y somnolienta. Presenta rigidez generalizada leve y obedece parcialmente órdenes, sin lenguaje verbal. Tras administración de lorazepam endovenoso, disminuye rigidez, persistiendo mutismo. Se deriva a Hospital de referencia y se ingresa para estudio y manejo. Durante hospitalización, se descartó causa neurológica u orgánica mediante resonancia magnética, electroencefalograma y estudios metabólicos normales. Psiquiatría infantil diagnosticó síndrome catatónico asociado a cuadro psicótico. Se indicó manejo con benzodiacepinas y posteriormente antipsicóticos, con respuesta parcial. Dada la escasa mejoría pese a tratamiento farmacológico intensivo, se gestionó traslado a centro terciario para eventual terapia electroconvulsiva.

Discusión y conclusiones: El síndrome catatónico es infrecuente en la adolescencia y su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, especialmente en ausencia de antecedentes psiquiátricos. El uso temprano de benzodiacepinas es esencial tanto para diagnóstico como para tratamiento. Este caso resalta la importancia de reconocer manifestaciones psiquiátricas agudas en entornos rurales, la necesidad de un abordaje interdisciplinario y la relevancia de la red asistencial para garantizar manejo oportuno y especializado.

Palabras clave: ADOLESCENTE, CATATONÍA, TRASTORNOS PSICÓTICOS

SINDROME DE ADDISON, SOPECHA CLÍNICA EN ATENCION PRMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Cid Cereceda Maite (1); Parra Urra Javiera (1)
Afiliaciones: (1) Médico EDF, CESFAM Los Sauces, Servicio Salud Araucanía Norte.

Introducción: El síndrome de Addison o insuficiencia suprarrenal primaria es una enfermedad endocrina poco frecuente causada por la destrucción progresiva de la corteza suprarrenal, lo que provoca déficit de cortisol y aldosterona. Su origen más frecuente es autoinmune, aunque también puede deberse a infecciones, hemorragias, tumores o fármacos. Se manifiesta con astenia, pérdida de peso, hiperpigmentación cutánea e hipotensión. Debido a su inespecificidad, suele confundirse con otros cuadros gastrointestinales o psiquiátricos.

Presentación del caso: Paciente femenino, 46 años, antecedentes de hipotiroidismo, hernia lumbar y coxartrosis, consulta en atención primaria por cuadro de meses de evolución caracterizado por astenia intensa la anamnesis se pesquisa perdida ponderal de 30 kilos en 3 meses sin alteración del apetito, diminución progresiva de presión arterial en los controles de signos vitales previos y se observa hiperpigmentación cutánea. Se deriva a especialidad, los exámenes iniciales mostraron cortisol plasmático bajo y ACTH superior a 1000 pg/mL, confirmando insuficiencia suprarrenal primaria. El hemograma, perfil lipídico, renal y hepático se encontraban dentro de los rangos normales. Resonancia magnética de silla turca: sin alteraciones. Los exámenes inmunológicos (ANA, anti-DNA, anti-CCP y factor reumatoide) resultaron negativos, descartándose patologías autoinmunes reumatológicas asociadas. Se inició tratamiento con corticoides endovenosos con buena respuesta clínica. Durante el seguimiento, mantuvo fludrocortisona 0.2 mg en la mañana y 0.1 mg en la tarde, junto con levotiroxina ajustada según control endocrinológico, presentando mejoría del apetito, fuerza y sueño. Evolucionó favorablemente, con recuperación clínica y sin nuevas crisis suprarrenales manteniéndose bajo control endocrinológico.

Discusión y conclusiones: En conclusión, el Síndrome de Addison suele presentarse con sintomatología inespecífica como fatiga, perdida ponderal, donde destacan claves por la hiperpigmentación de la piel y la baja progresiva de presión arterial. El diagnóstico se confirmó mediante cortisol bajo y ACTH elevada. La respuesta favorable al tratamiento sustitutivo con hidrocortisona y fludrocortisona destacó la importancia de la sospecha precoz de esta patología para lograr un diagnóstico e iniciar de forma oportuna el tratamiento reemplazo hormonal y lograr mejoría en la calidad de vida de la paciente.

Palabras clave: Hipocortisonismo primario, Insuficiencia suprarrenal primaria, Síndrome de Addison.

SÍNDROME DE AXENFELD-RIEGER, SOSPECHA DIAGNÓSTICA A PARTIR DE HALLAZGOS OCULARES

Autores: Muñoz Aguilera Maximiliano (1); Patricio Gutierrez Villaseca (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Lanco, Lanco, Región de los Ríos. (2) Oftalmologo, Hospital Base Valdivia, Valdivia, Región de los Ríos

Introducción: El síndrome de Axenfeld-Rieger (SAR) es una alteración congénita poco frecuente que afecta principalmente al desarrollo ocular, con posible compromiso sistémico. Se caracteriza por anomalías del iris y del ángulo camerular, entre ellas embriotoxón posterior, hipoplasia del iris y adherencias iridocorneales, que predisponen a glaucoma secundario en un alto porcentaje de casos. Su fisiopatología se asocia a una alteración en la migración de las células de la cresta neural durante la embriogénesis. El diagnóstico se basa fundamentalmente en los hallazgos clínicos del examen oftalmológico, siendo la sospecha del especialista clave para su detección precoz y el manejo preventivo de complicaciones visuales.

Presentación del caso: Mujer de 23 años con antecedente de ceguera izquierda desde la infancia y uso de prótesis ocular, consultó por recambio protésico. Durante la evaluación, el oftalmólogo identificó hallazgos sugestivos de una displasia del segmento anterior previamente no diagnosticada. En el ojo derecho, la biomicroscopía evidenció embriotoxón posterior nasal, sin microcórnea ni sinequias, asociado a nistagmo rotacional. La agudeza visual fue 1.0 y la presión intraocular 15 mmHg. El ojo izquierdo presentó prótesis bien adaptada con endohipertropía. No se observaron alteraciones dentarias, endocrinas ni cardiovasculares. Se indicó control semestral, terapia hipotensora profiláctica y derivación a genética clínica, cardiología y odontología para evaluación integral, destacando la sospecha oftalmológica como punto de partida del diagnóstico. Se obtuvo el consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: El SAR presenta una amplia variabilidad fenotípica, lo que dificulta su identificación en etapas tempranas. La sospecha clínica del oftalmólogo, basada en hallazgos sutiles como el embriotoxón posterior o la hipoplasia del iris, resulta fundamental para orientar el estudio y prevenir el desarrollo de glaucoma. Aunque el análisis genético puede confirmar el diagnóstico, la evaluación clínica continúa siendo el pilar del reconocimiento de este síndrome. El pronóstico visual depende del seguimiento y del control oportuno de la presión intraocular. Un abordaje multidisciplinario y el seguimiento de por vida permiten preservar la función visual y detectar manifestaciones sistémicas asociadas.

Palabras clave: Glaucoma, Anomalías del ojo, Discapacidad visual

SÍNDROME DE CAPGRAS: CASO CLÍNICO

Autores: Castillo Moya, Javier (1); Rodríguez Amunátegui, Cristóbal (1); Hernández Hernández, Lizet (1); Bustamante Ortega, Rodolfo (1)
Afiliación: (1) Médico General de Zona, CESFAM Cardenal Raul Silva Henriquez

Introducción: El síndrome de Capgras es un trastorno delirante de identificación errónea en el que el paciente cree que personas cercanas han sido reemplazadas por dobles idénticos. Se asocia con lesiones cerebrales en regiones frontales, límbicas y temporales, y puede presentarse en esquizofrenia, demencias o enfermedades neurológicas. Su diagnóstico es clínico y su manejo requiere enfoque interdisciplinario con antipsicóticos, terapia psicodinámica y apoyo familiar. Conocerlo es fundamental para el médico de Atención Primaria, ya que es una condición que afecta la calidad de vida tanto del paciente y el cuidador, reportándose casos de agresión y homicidio en los casos más severos, siendo esencial su detección precoz y una derivación oportuna, reduciendo riesgos de violencia y mejorando el pronóstico.

Presentación del caso: Paciente con antecedente de intento suicida en 2008 por intoxicación con medicamentos (Cloroquina), evolucionó a paro cardiorespiratorio, y con subsecuente retorno a la circulación espontánea. Como consecuencia de lo anterior, sufrió de una encefalopatía hipóxico isquémica, lo cual le dejó con secuelas tales como tetraparesia de predominio de extremidades inferiores y una Epilepsia secundaria. Luego de esto, fue controlada en Hospital Provincial CRS Cordillera por equipo de Neurología entre 2015 y 2022 para ajuste de antiepilépticos. Si bien se rehabilitó desde un punto de vista motor, la paciente evolucionó con complicaciones de salud mental, por su calidad de vida mermada, tales como depresión severa con ideaciones suicidas constantes, irritabilidad y problemas con su pareja. Por este motivo fue derivada a neuropsicología en el mismo centro, en donde se diagnosticó con Síndrome de Capgras, tras averiguaciones en su historia clínica: La paciente cree que su pareja fue reemplazada por impostores, que son personas completamente distintas. Con pensamiento rígido y con alteraciones de juicio de la realidad respecto a este delirio, la paciente fue dada de alta de neuropsicología en 2023 en donde se constata que el trastorno cedió. Con todo, en controles en CESFAM comenta que cree que su pareja fue reemplazada por 5 personas diferentes y que siempre le ha asustado. Se inició tratamiento con Risperidona, la cual no toleró bien, y se mantuvo con Sertralina y Clonazepam 2 mg. En constantes controles de salud mental en CESFAM, con control de síntomas depresivos y baja en la intensidad del delirio del impostor, pensando en la actualidad que su pareja es reemplazada por 3 personas diferentes.

Discusión y conclusiones: Si bien raro en frecuencia, dentro de los trastornos delirantes, tanto el Síndrome de Capgras como el de Doppelganger, es importante tenerlos en consideración, si el juicio de realidad se ve alterado en un paciente secuelado de eventos cerebrales, cardiovasculares cerebrales u otros encefalopatías. Esto es, ya que, al ser delirios, generan no solo gran estrés por parte de los pacientes afectados (empeorando sus síntomas y pronósticos de comorbilidades psiquiátricas como las depresiones), sino que además, en el grupo familiar que apoya al paciente; y en especial consideración, en el caso del Síndrome de Capgras, al tercero del cual el paciente sospecha que fue reemplazado, generando así disputas familiares, conflictos judiciales y sociales.

Palabras clave: Síndrome de Capgras, Delirio, Trastorno delirante, Lesión cerebral

SÍNDROME DE CAYLER, LA IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN PRECOZ PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES FUTURAS:

Autores: Alvear Violic Matías (1); Palomino Castro Michelle (1), Mercado Ávalos María (1), Castro Rodríguez Santiago (2).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Paipote, Copiapó. (2) Interno de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago

Introducción: La asimetría facial al llanto (ACF) es un signo clínico neonatal de origen traumático (ej. por compresión de la rama mandibular del nervio facial durante el parto) o congénito. De este último destaca el Síndrome de Cayler, caracterizado por hipoplasia o agenesia del músculo depresor del ángulo oral que provoca facies asimétricas al llanto, pero normales en reposo, acompañado de malformaciones cardiacas. Aunque puede ser un hallazgo aislado, la ACF es un marcador cutáneo de posibles anomalías sistémicas.

Presentación del caso: Paciente masculino de 4 años, originario de Bolivia, embarazo controlado sin complicaciones. Se identifica al nacimiento asimetría facial al llanto, caracterizada por la desviación de la comisura labial hacia el lado izquierdo, con facie simétrica en reposo. Al examen físico no se evidencian otras dismorfias faciales ni alteraciones orofaríngeas; se constata criptorquidia bilateral. Debido a la ACF y la sospecha de un síndrome asociado, se realizó un Microarray Cromosómico que demostró una deleción 22q11.2. Considerando este hallazgo, se solicitó un ecocardiograma que informó un Ductus Arterioso Persistente de 4.5mm, actualmente sin repercusión hemodinámica. Además, se solicitó ecografía abdominal que evidenció una agenesia renal izquierda. El paciente mantiene un desarrollo psicomotor adecuado para su edad y fue derivado a atención con especialistas, donde se encuentra en seguimiento por un equipo multidisciplinario, además de sus controles en atención primaria.

Discusión y conclusiones: Este caso ejemplifica la importancia de no subestimar la asimetría facial al llanto. Aunque parezca un hallazgo estético menor, la ACF fue el signo guía que condujo al diagnóstico genético de un Síndrome de Cayler y, fundamentalmente, al diagnóstico precoz de una cardiopatía congénita sindromática. La detección de este síndrome permitió iniciar el seguimiento cardiológico previo a la aparición de complicaciones. Ante la pesquisa de anormalidades faciales, como la ACF en un neonato, se recomienda una evaluación sistemática minuciosa de posibles anomalías relacionadas, considerando la amplia gama de síndromes asociados, cada uno con características y trayectorias distintivas que determinarán la correcta aproximación al tratamiento.

Palabras clave: Cardiopatías Congénitas, Sindrome de Cayler, Sindrome de Deleción 22q11, Parálisis Hemifacial.

SÍNDROME DE CHILAIDITI: RARA CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL, DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS EN APS A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Carter Álvarez Javiera (1); Pool Muñoz Hugo (1) Peñailillo Valdés Rocío (1) Romero Contreras Valeria (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Cesfam Bahía Mansa, San Juan de la Costa. (2) Médico General de Zona, Cesfam Las Compañías, La Serena.

Introducción: El síndrome de Chilaiditi es un hallazgo radiológico poco frecuente, caracterizado por la interposición del intestino entre el hígado y el diafragma. Su prevalencia se estima entre 1,18 % y 2,4 %. Puede manifestarse con dolor abdominal, náuseas y vómitos, y llegar a causar complicaciones incluso mortales, por lo que su reconocimiento es fundamental para facilitar el diagnóstico y manejo oportuno.

Presentación del caso: Hombre de 60 años quien dio su consentimiento informado, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II tratada con insulina, hipertensión arterial y tumor vesical en seguimiento. Consultó en un servicio de urgencia rural por cinco días de compromiso del estado general, hiporexia, náuseas y vómitos persistentes. Al examen físico se encontraba enflaquecido, hipotenso, taquicárdico y subfebril. Ante la sospecha de sepsis de origen desconocido, fue derivado a un hospital de mayor complejidad. Ingresó hipotenso y con dolor en fosa renal derecha, se realizó exámenes que mostraron glicemia de 496 mg/dl, GTP 158 U/L, GOT 232 U/L, GGT 242 U/L y FA 462 U/L. La tomografía de abdomen y pelvis evidenció signo de Chilaiditi, dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, aerobilia y litiasis en la cabeza del páncreas. Cirugía indicó colangioresonancia, determinando manejo médico con antibióticos por litiasis no obstructiva. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta.

Discusión y conclusiones: El diagnóstico de este síndrome se puede realizar exclusivamente con imágenes, lo que dificulta su detección en atención primaria y servicios rurales sin acceso a radiología. Su cuadro clínico es inespecífico, con síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, distensión, vómitos, estreñimiento, anorexia) o respiratorios (disnea, tos, disminución del murmullo pulmonar) debido al compromiso diafragmático. Se observa con mayor frecuencia en adultos mayores, asociado a la laxitud de tejidos, y puede complicarse con obstrucción o isquemia intestinal. Este caso resalta la importancia de fortalecer los recursos diagnósticos en servicios rurales para prevenir complicaciones derivadas de cuadros abdominales inespecíficos y mejorar el abordaje clínico inicial.

Palabras clave: Síndrome de Chilaiditi Dolor Abdominal 3-Vómitos

SÍNDROME DE DRESS COMO COMPLICACIÓN DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO:

Autores: Hepp Dekovic Bastián (1); Vásquez Salinas Valentina (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Posta Salud Rural San Miguel de Azapa, Arica. (2) Médico General de Zona, CESFAM Iris Véliz Hume, Arica.

Introducción: El síndrome de reacción farmacológica con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS), se manifiesta con fiebre, edema facial, linfadenopatía y exantema. En exámenes de laboratorio destaca leucocitosis, linfocitos atípicos, eosinofilia y alteraciones de la función hepática y renal. Se desconoce la incidencia real debido a variabilidad por tipo de medicamento, estado inmunitario del paciente y subdiagnóstico. Los fármacos más asociados al síndrome de DRESS son antiepilépticos, antibióticos, antiinflamatorios no esteroidales y antituberculosos.

Presentación del caso: Masculino de 37 años, sin antecedentes mórbidos, quien trabajó en un campamento en Rancagua con extranjeros provenientes de Bolivia, cuatro meses previos a consultar. Acudió al Servicio de Urgencias del Hospital de Arica, por cuadro de un mes de evolución de tos con expectoración purulenta, un día antes hemoptoica; asociado a sensación febril no cuantificada y mialgias. Sin baja de peso ni disnea. Al examen pulmonar destacaban crépitos en zona apical del campo derecho, y una radiografía radiografía de tórax con un foco de condensación apical. Se tomó baciloscopia que confirmó TBC. En atención primaria se inició esquema primario antituberculoso. Un mes y medio posterior a inicio de tratamiento comenzó con rash generalizado pruriginoso asociado a sensación febril nocturna, con tos intermitente y leve expectoración. Al examen físico presentaba exantema morbiliforme en región facial, tórax, abdomen y extremidades superiores e inferiores. Sin adenopatías palpables, signo de Nikolsky negativo. Se sospechó síndrome de DRESS por lo que se hospitalizó para evaluación. Se tomaron exámenes que identificaron elevación de transaminasas, eosinofilia y linfocitosis moderada; compatible con la sospecha diagnóstica, por lo cual se indicó terapia con corticoides y antihistamínicos con buena respuesta clínica. Dado de alta con esquema de segunda línea (bedaquilina, pretomanid y linezolid), sin efectos adversos hasta la fecha.

Discusión y conclusiones: La tuberculosis aún no se ha logrado erradicar en Chile, con incidencia en alza en la última década. Como fármacos desencadenantes de DRESS, los antituberculosos son poco frecuentes, pero existe evidencia para cada uno de los fármacos de primera línea. Aunque infrecuente, el síndrome de DRESS es un diagnóstico diferencial a tener en cuenta, pues el pronóstico depende del reconocimiento precoz y de la suspensión inmediata del agente causal.

Palabras clave: Antituberculosos, Síndrome de Hipersensibilidad a Medicamentos, Tuberculosis.

Síndrome de DRESS secundario a tratamiento antituberculoso, reporte de un caso

Autores: KONOPNIAK VILLARROEL, IVONNE CAROLINA (1); BRAVO SEPÚLVEDA, KAREN ISABEL (2) AGUIRRE ARAYA, PABLO IGNACIO GABRIEL(2)
Afiliaciones: (1) Médica cirujana, CESFAM Dr. Remigio Sapunar Marín, DISAM, Arica y Parinacota. (2) EDF, CESFAM Dr. Remigio Sapunar Marín, DISAM, Servicio de Salud de Arica y Parinacota, Arica y Parinacota.

Introducción: El síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) es una reacción adversa grave e infrecuente a medicamentos, caracterizada por manifestaciones cutáneas extensas, fiebre, linfadenopatías, eosinofilia y compromiso multiorgánico. Suele presentarse entre una y seis semanas después de la exposición al fármaco desencadenante. Su diagnóstico oportuno es esencial debido al riesgo de evolución fatal si no se suspende el agente causal y se inicia el tratamiento adecuado. Entre los fármacos más comúnmente implicados se encuentran los anticonvulsivos, antimicrobianos, antivirales, antipiréticos, dapsona, sulfasalazina y alopurinol. El órgano más afectado es el hígado, seguido de alteraciones renales, pulmonares, cardiacas y neurológicas.

Presentación del caso: Mujer de 25 años, antecedentes de Tuberculosis pulmonar en tratamiento con Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida, Etambutol(control con baciloscopias negativo) consulta en urgencias en primera instancia por cuadro de 1 día de fiebre, dificultad respiratoria y rash cutáneo pruriginoso, al examen físico presenta pápulas en cara y tronco, se maneja como urticaria aguda, y se da de alta con antihistamínico y corticoide oral para manejo ambulatorio. A los 3 días re consulta en Urgencias por persistencia de rash eritemato-papular, fiebre persistente (38,5°C), adenopatía cervical y axilar. Se realiza estudio de laboratorio, con eosinofilia 1343, asociado a elevación de transaminasas. Se sospecha DRESS secundario a tratamiento antituberculoso, por lo que se hospitaliza, se suspende fármaco sospechoso y se inicia con corticoide endovenoso. Paciente evoluciona favorablemente, regresión de rash cutáneo y mejoría de parámetros, se inicia esquema de segunda línea antituberculoso.

Discusión y conclusiones: Es importante sospechar este tipo de farmacodermias graves debido a su evolución sistémica y potencialmente fatal. El diagnóstico resulta desafiante debido a su gran variabilidad de presentación clínica, el principal desafío está en las fases iniciales, donde solo encontraremos compromiso del estado general, fiebre y alteraciones inespecíficas en el hemograma. El síntoma cardinal más común es el exantema maculo-papular, asociado a eritema en cara y tronco superior, que se vuelve confluyente y generalizado. Sospechar esta reacción adversa retardada, establecer una cronología farmacológica precisa para identificar el fármaco causal y suspenderlo tempranamente, permitirá prevenir las complicaciones y mejorar el pronóstico.

Palabras clave: Eosinofilia, DRESS, Exantema, antituberculoso

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ ATÍPICO, PRESENTACIÓN INUSUAL EN URGENCIAS:

Autores: Hilcker Moreno Carlos (1); Rojas Cayo Luis (1), Leighton Leañez Fernando (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Pitrufquén, Araucanía Sur.

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía aguda, siendo la causa más común de parálisis flácida aguda. La presentación es variable, siendo lo más común debilidad progresiva de extremidades e hiporreflexia. También puede cursar con afección de pares craneales, insuficiencia respiratoria, disfunción autonómica y dolor. La inmunoglobulina intravenosa y el intercambio de plasma son tratamientos eficaces. Hasta 20% tiene discapacidad residual.

Presentación del caso: Femenina de 54 años, consulta por cuadro de dos días de evolución de debilidad progresiva y asimétrica, iniciada en miembro superior izquierdo, desde proximal a distal. Evoluciona hasta debilidad a nivel global en ambas extremidades, asociado a mialgias. Relata cuadro febril una semana previa asociado a síntomas respiratorios y gastrointestinales. Al examen físico destaca fuerza M3 en extremidades superiores, simétrica, y en extremidades inferiores M3 proximal y M5 distal, asociado a fatigabilidad de movimientos repetitivos. Sensibilidad conservada, salvo alteración distal en dedos de pies. Pares craneales sin alteraciones. Exámenes generales iniciales dentro de rangos normales. Tomografía computada de cerebro y columna cervical sin hallazgos. Punción lumbar: líquido claro, sin disociación albúmino-citológica. Se hospitaliza para complementar estudio. Neurología plantea variante atípica de SGB e indica tratamiento con inmunoglobulina intravenosa durante cinco días, con evolución posterior favorable. Completa manejo intrahospitalario en seguimiento por teleneurología, evolución estacionaria, persistió déficit motor de predominio proximal y asimétrico en extremidades superiores. Se planifica estudio complementario con electromiografía y velocidad de conducción nerviosa. Se indica rehabilitación integral y seguimiento ambulatorio en neurología.

Discusión y conclusiones: El caso refleja un cuadro sugerente de SGB con presentación atípica. Aun cuando los hallazgos de laboratorio no fueron concluyentes, la sospecha clínica permitió instaurar tratamiento precoz con inmunoglobulina, logrando evolución favorable sin complicaciones vitales. El SGB debe sospecharse en todo paciente con debilidad progresiva posterior a una infección reciente. El diagnóstico debe ser oportuno para un inicio precoz de inmunoterapia y la rehabilitación multidisciplinaria, ya que son clave en la mejoría y evolución funcional, reduciendo el riesgo de complicaciones, especialmente en variantes clínicas atípicas.

Palabras clave: Mialgia, Polirradiculoneuropatía, Síndrome Guillain-Barré

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ ATÍPICO, PRESENTACIÓN INUSUAL EN URGENCIAS

Autores: Hilcker Moreno Carlos (1); Rojas Cayo Luis (1); Leighton Leañez Fernando (1)
Afiliación: (1) Médico General de Zona, Hospital de Pitrufquén, Araucanía Sur.

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía aguda, siendo la causa más común de parálisis flácida aguda. La presentación es variable, siendo lo más común debilidad progresiva de extremidades e hiporreflexia. También puede cursar con afección de pares craneales, insuficiencia respiratoria, disfunción autonómica y dolor. La inmunoglobulina intravenosa y el intercambio de plasma son tratamientos eficaces. Hasta 20% tiene discapacidad residual.

Presentación del caso: Femenina de 54 años, consulta por cuadro de dos días de evolución de debilidad progresiva y asimétrica, iniciada en miembro superior izquierdo, desde proximal a distal. Evoluciona hasta debilidad a nivel global en ambas extremidades, asociado a mialgias. Relata cuadro febril una semana previa asociado a síntomas respiratorios y gastrointestinales. Al examen físico destaca fuerza M3 en extremidades superiores, simétrica, y en extremidades inferiores M3 proximal y M5 distal, asociado a fatigabilidad de movimientos repetitivos. Sensibilidad conservada, salvo alteración distal en dedos de pies. Pares craneales sin alteraciones. Exámenes generales iniciales dentro de rangos normales. Tomografía computada de cerebro y columna cervical sin hallazgos. Punción lumbar: líquido claro, sin disociación albúmino-citológica. Se hospitaliza para complementar estudio. Neurología plantea variante atípica de SGB e indica tratamiento con inmunoglobulina intravenosa durante cinco días, con evolución posterior favorable. Completa manejo intrahospitalario en seguimiento por teleneurología, evolución estacionaria, persistió déficit motor de predominio proximal y asimétrico en extremidades superiores. Se planifica estudio complementario con electromiografía y velocidad de conducción nerviosa. Se indica rehabilitación integral y seguimiento ambulatorio en neurología.

Discusión y conclusiones: El caso refleja un cuadro sugerente de SGB con presentación atípica. Aun cuando los hallazgos de laboratorio no fueron concluyentes, la sospecha clínica permitió instaurar tratamiento precoz con inmunoglobulina, logrando evolución favorable sin complicaciones vitales. El SGB debe sospecharse en todo paciente con debilidad progresiva posterior a una infección reciente. El diagnóstico debe ser oportuno para un inicio precoz de inmunoterapia y la rehabilitación multidisciplinaria, ya que son clave en la mejoría y evolución funcional, reduciendo el riesgo de complicaciones, especialmente en variantes clínicas atípicas.

Palabras clave: Mialgia, Polirradiculoneuropatía, Síndrome Guillain-Barré

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ CON LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO INICIAL NORMAL. IMPORTANCIA DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO PRECOZ

Autores: Fernández Labra Emily (1); Valdivia Utreras Javiera (1), Peñaloza Cuadra Ignacio (1), Huidobro Navarro Javiera (1)
Afiliaciones: (1) Médico General De Zona, Hospital del Salvador De Peumo, Peumo.

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineuropatía aguda autoinmune que suele desencadenarse tras una infección gastrointestinal o respiratoria. Su fisiopatología se basa en la generación de anticuerpos contra antígenos virales o bacterianos, los cuales reaccionan de forma cruzada con gangliósidos de las membranas de los nervios periféricos, produciendo desmielinización y disfunción motora. Clínicamente se manifiesta como una tetraparesia flácida arreflexia, que puede progresar hasta comprometer la musculatura respiratoria, representando un riesgo vital.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una paciente de 61 años que consultó en un hospital de baja complejidad por paraparesia leve y asimétrica de tres días de evolución, acompañada de inestabilidad de la marcha y parestesias, con tono disminuido y reflejos conservados. Inicialmente se indicó manejo sintomático con kinesiología y paracetamol. Dos días después, el paciente reconsultó por progresión de la debilidad a las extremidades superiores, motivo por el cual fue derivado a un hospital con servicio de neurología. Ahí se constató una tetraparesia flácida arreflexia aguda, sospechándose inicialmente esclerosis múltiple. El TAC cerebral no mostró hallazgos agudos, y la punción lumbar (PL) evidenció LCR transparente, proteínas de 34 mg/dL y sin células, resultado poco sugerente de SGB. A pesar de ello, se mantuvo la sospecha clínica, hospitalizándose en unidad de paciente crítico (UPC) para tratamiento con inmunoglobulina intravenosa durante cinco días, logrando una mejoría progresiva de la paresia y parestesia. La electromiografía posterior confirmó una polineuropatía sensitivo-motora proximal y distal con signos leves de desmielinización segmentaria, compatible con SGB en fase aguda (8 días de evolución).

Discusión y conclusiones: El caso destaca la importancia del juicio clínico incluso ante estudios iniciales no concluyentes, ya que la disociación albúmino-citológica puede estar ausente en etapas tempranas. Además, no existía antecedente infeccioso claro, lo que dificultó el diagnóstico diferencial con patologías ortopédicas, vasculares o funcionales. Finalmente, el manejo precoz basado en la sospecha clínica permitió una evolución favorable, enfatizando que en el SGB la evaluación clínica es determinante por sobre los exámenes complementarios, especialmente en centros con recursos limitados.

Palabras clave: Electromiografía, Síndrome de Guillain-Barré, Paraparesia

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ VARIANTE AMAN: CURSO TÓRPIDO CON MÚLTIPLES COMPLICACIONES Y REHABILITACIÓN PROLONGADA

Autores: Rosas Silva Javier (1); Pinto Castillo Moisés (2), Schwarz Recabarren Niklas (2), Soza Navarro Felipe (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Coelemu, Coelemu (2) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción

Introducción: El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda de probable origen autoinmune. La variante axonal motora aguda (AMAN) se asocia a mayor severidad, ventilación mecánica prolongada y recuperación lenta. Presentamos el caso de una paciente con SGB-AMAN, con compromiso bulbar, fallo ventilatorio y múltiples complicaciones infecciosas, que requirió un manejo multidisciplinario prolongado.

Presentación del caso: Mujer de 64 años con antecedentes de artritis reumatoide, obesidad, apnea del sueño, accidente cerebrovascular antiguo y paro cardiorrespiratorio (PCR) presenciado en septiembre de 2024. Ingresa el 12/09 tras PCR recuperado, evolucionando con falla ventilatoria de origen neuromuscular, sospechando SGB versus mielitis transversa. Se realiza punción lumbar compatible con SGB y se administran 7 ciclos de plasmaféresis. Se diagnostica SGB variante AMAN. Evoluciona con insuficiencia respiratoria aguda, requiriendo intubación orotraqueal (IOT), traqueostomía (TQT) y ventilación mecánica (VM) prolongada. Cursa con múltiples infecciones respiratorias: traqueobronquitis por Stenotrophomonas maltophilia y Enterobacter hormaechei (productor de KPC), diarrea por Clostridium difficile y neumonía nosocomial por Serratia marcescens, esta última tratada con ciprofloxacino y metronidazol. Se constata siringohidromielia bulbo-medular sin progresión neurológica posterior. Se realiza decanulación fallida por severo trastorno deglutorio; finalmente se instala gastrostomía endoscópica percutánea (GTT). Se logra retiro de oxígeno suplementario. Es dada de alta a su domicilio con seguimiento multidisciplinario.

Discusión y conclusiones: El SGB-AMAN representa una variante severa con mayor riesgo de fallo respiratorio, disautonomía y complicaciones infecciosas. El compromiso bulbar requiere manejo especializado con TQT, soporte nutricional y prevención de broncoaspiración. La rehabilitación es prolongada y debe incluir soporte neurológico, respiratorio, nutricional y funcional. El SGB-AMAN puede presentar un curso clínico severo con compromiso multisistémico. El enfoque multidisciplinario, junto al tratamiento oportuno de infecciones y soporte ventilatorio y nutricional, permite una evolución clínica favorable en pacientes con alta dependencia funcional inicial.

Palabras clave: Falla Ventilatoria, Síndrome de Guillain-Barré, Variante Axonal Motora Aguda,.

SÍNDROME DE LESER-TRÉLAT COMO SOSPECHA DE NEOPLASIA MALIGNA EN CASO DE POBLACIÓN RURAL: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Rodríguez Alpaca, Pablo Marcelo (1).; Aguayo Salazar, María Ignacia (1), Marín Cáceres, Francisca del Pilar (1).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Ercilla, Ercilla, Araucanía.

Introducción: El síndrome de Leser-Trélat (SLT) descrito como la aparición súbita de múltiples queratosis seborreicas de predominio en tronco, es un marcador dermatológico de malignidad interna subyacente, haciéndolo parte de las entidades paraneoplásicas cutáneas. Las lesiones se explican por la producción de factores de crecimiento por parte de las masas tumorales, los cuales estimulan la proliferación epidérmica. Se presenta un caso poco frecuente, que se reconoce en atención rural y que el momento de consulta es varios años de iniciado el cuadro.

Presentación del caso: Paciente masculino de 70 años, consulta en posta de salud rural, como motivo de consulta secundario, por cuadro de 5 años de evolución caracterizado por aparición de múltiples queratosis seborreicas en dorso y rostro, solo destaca prurito leve. Niega otros síntomas agudos o crónicos a nivel sistémico, ni reconoce síntomas consuntivos. Se realiza interconsulta de forma telemática a dermatología, la cual desde el momento de su realización al momento de su revisión transcurre un mes. De la respuesta se sospecha SLT, por lo que se indica estudio neoplásico con foco en tubo digestivo, solicitándose una endoscopía digestiva alta y una colonoscopía, además de derivación a medicina interna. Realizado los estudios endoscópicos se confirma el hallazgo de adenocarcinoma gástrico, mientras que paralelamente recibe evaluación por especialidad iniciándose estudio de etapificación más derivación a centro con equipo oncológico.

Discusión y conclusiones: El SLT presenta una asociación fuerte a tumores malignos internos (>95%), sin que exista invasión directa del cáncer en la piel, esto lo clasifica dentro de las enfermedades “obligadas” con relación cancerígena, siendo >50% a adenocarcinomas gastrointestinales, especialmente al gástrico. Generalmente su presencia indica cáncer activo, avanzado o metastásico, sin embargo, puede preceder el diagnóstico del tumor maligno por meses, por esto toma relevancia reconocer cuadros clínicos de este significado patológico, ya que pueden traducirse en mejorar el pronóstico del paciente. Tomando en cuenta el desconocimiento de la entidad para el médico general o las dificultades de acceso a un diagnóstico oportuno, como en este caso rural, esto en comunas más marginadas del país lo hace un desafío para pesquisar a tiempo tanto su diagnóstico como su correcto estudio.

Palabras clave: Adenocarcinoma, Neoplasias, Queratosis.

SÍNDROME DE MILLER FISCHER: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE DIPLOPIA

Autores: Nicolás Espinoza T. (1); Ceidy Silva F. (1) Matías Encina M. (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Santo Tomás de Limache, Valparaíso, Chile

Introducción: Las polirradiculoneuropatías agudas inmunomediadas se clasifican bajo el epónimo síndrome de Guillain-Barré (SGB), en honor a algunos de los autores de las primeras descripciones de la enfermedad. El SGB es una de las causas más comunes de debilidad aguda adquirida y suele estar provocado por una infección previa. En algunos casos, el SGB puede complicarse con insuficiencia respiratoria o disfunción autonómica. La variante del síndrome de Miller Fisher (SMF), se desarrolla como una respuesta inflamatoria focal contra las células de Schwann productoras de mielina o la mielina periférica

Presentación del caso: Paciente de 72 años consulta, diabético e hipertenso, por cuadro de 2 semanas de evolución de cefalea, diplopía e inestabilidad de la marcha. A la evaluación dirigida destaca paresia de sexto par craneal derecho, paresia de todas las extremidades con reflejos osteotendíneos ausentes, marcha atáxica y dismetría de hemicuerpo derecho. Se realiza estudio de laboratorio sin hallazgos iniciales y resonancia magnética de encéfalo sin hallazgos. Se solicita estudio de líquido cefalorraquídeo con hallazgo de disociación albumino-citológica. Se plantea diagnóstico de SMF. Dado tiempo de evolución sin mayor progresión se difiere tratamiento inmunomodulador y se indica únicamente rehabilitación motora con progresión favorable.

Discusión y conclusiones: La variante clínica SMF, caracterizada por oftalmoplejía, ataxia y arreflexia, ocurre en aproximadamente el 5 al 10 por ciento de los casos en los Estados Unidos y Europa y en el 20 por ciento de los casos en Asia. Los pacientes con SGB deben ser admitidos en un entorno hospitalario para realizarles un seguimiento hemodinámico y neurológico seriado y para guiarles en la terapia. SGB es una polineuropatía monofásica aguda que alcanza su punto más bajo, generalmente en cuatro semanas, antes de mejorar. El tratamiento consiste en la terapia inmunomoduladora, ya sea con plasmaféresis o con inmunoglobulina endovenosa.

Palabras clave: Síndrome de Guillain-Barré, Síndrome de Miller Fisher, Diplopía

SINDROME DE MONDOR COMO MANIFESTACION INICIAL DE CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE LA MAMA

Autores: Vázquez León Richard Lázaro (1); Toledo Gutiérrez Alejandro Alexis (2), Rebolledo Vargas Yamir (3)

Afiliaciones: (1) Médico Cirujano CECOSF Colcura, Lota (2) Médico Cirujano CESFAM Dr. Juan Cartes, Lota (3) Médico Cirujano Hospital Dr. Rafael Avaria Valenzuela, Curanilahue

Introducción: El Síndrome de Mondor corresponde a una tromboflebitis superficial de las venas toracoepigástricas o mamarias, de curso habitualmente benigno y autolimitado. Su etiología abarca causas traumáticas, iatrogénicas, infecciosas o idiopáticas; no obstante, en un pequeño porcentaje de casos puede constituir la manifestación inicial de una neoplasia mamaria subyacente. El reconocimiento oportuno de esta asociación es fundamental para el diagnóstico precoz del carcinoma de mama, en especial en pacientes sin antecedentes oncológicos ni factores de riesgo conocidos.

Presentación del caso: Mujer de 42 años, previamente sana, consultó por dolor y retracción cutánea en la mama derecha de dos semanas de evolución. Al examen físico se evidenció un cordón subcutáneo fibroso y doloroso, extendido desde el cuadrante superoexterno hacia la región inframamaria, compatible con tromboflebitis superficial. Se indicó tratamiento conservador con antiinflamatorios y reposo local. Ante la persistencia del cuadro a las tres semanas, se solicitó ecografía mamaria, que mostró una imagen hipoecoica irregular de 12 × 9 mm con aumento del flujo periférico y un trayecto venoso trombosado adyacente. La mamografía reveló una lesión única hiperdensa con asimetría focal espiculada. Se realizó estudio histopatológico que informó proliferación de células epiteliales malignas dispuestas predominantemente en estructuras ductales irregulares y áreas sólidas, con formación tubular parcial compatible con carcinoma ductal infiltrante grado II. El estudio de extensión mediante tomografía toracoabdominal no evidenció metástasis. La paciente fue tratada con mastectomía parcial y linfadenectomía axilar, complementadas con quimioterapia y radioterapia adyuvante y presentó evolución favorable y ausencia de recurrencia a 16 meses de seguimiento. Se cumplió con las normas éticas y el consentimiento informado por parte del equipo médico.

Discusión y conclusiones: Aunque el síndrome de Mondor es infrecuente y habitualmente benigno, su persistencia o presentación atípica debe considerarse una alerta clínica de posible malignidad subyacente. Este caso destaca la importancia de realizar evaluación por imágenes exhaustiva ante hallazgos sugestivos, y de considerar patología neoplásica como etiología probable, pues esta entidad puede constituir un signo centinela de cáncer mamaria, cuyo diagnóstico temprano mejora significativamente el pronóstico y la sobrevida.

Palabras clave: Carcinoma ductal, Neoplasias de la mama, Tromboflebitis

SÍNDROME DE NOÉ, UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE, ABORDAJE DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA:

Autores: Olavarria Abarca Joaquín (1); Latorre Barbano Martina (1), Yuseff Valenzuela Daniela (2), Wolf Olivares Alfonso (3)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Curacaví, Curacaví, Santiago. (2) Médico General de Zona, CESFAM Algarrobo, Algarrobo (3) Médico Cirujano, Universidad Finis Terrae, Santiago

Introducción: El síndrome de Noé es un desorden psiquiátrico dentro de los trastornos por acumulación, que se caracteriza por la tenencia excesiva de animales, habitualmente se asocia a un trastorno psiquiátrico subyacente. Debido a su baja prevalencia, su diagnóstico es poco frecuente en la atención primaria de salud (APS). Presentamos un caso en seguimiento y abordaje de forma integral e interdisciplinario desde la APS.

Presentación del caso: Se trata de una paciente femenina de 57 años, soltera, vive sola en zona rural, con antecedentes de asma y dislipidemia, con buen control de patologías crónicas. Inicialmente consulta por síntomas ansioso-depresivos de meses de evolución, insomnio, desánimo y sobrecarga emocional. En la evaluación social inicial impresiona acumulación de aproximadamente 55 perros bajo su cuidado, ausencia de red de apoyo y aislamiento social progresivo, se deriva a ingreso al programa de salud mental local, donde se inicia tratamiento con escitalopram 10 mg/día y zopiclona, con seguimiento médico y psicológico en APS. Actualmente la paciente lleva 3 meses en control, con buena adherencia a tratamiento, presentando mejoría del ánimo y mayor energía, sin embargo, persiste sin conciencia de la anomalía de esta conducta ni consecuencias para los animales, destacando un vínculo afectivo intenso con sus perros. Situación social ha presentado notable mejoría, relacionado al aporte de sus vecinos y empleadora en los cuidados tanto económicos como sanitarios de los animales.

Discusión y conclusiones: El síndrome de Noé es un desorden psiquiátrico, descrito desde 2013 en el Manual de trastornos mentales (DSM-5) como una condición crónica y multifactorial, habitualmente asociado a trastornos ansioso-depresivos o trastornos de la personalidad. Para cumplir con la clasificación diagnóstica, debe presentar: Acumulación de gran número de animales, incapacidad de otorgar los cuidados básicos y negación del problema El diagnóstico oportuno en APS es fundamental, dado el potencial riesgo de deterioro funcional, conflictos comunitarios y vulneración tanto del paciente como de los animales involucrados. Desde la APS, cobra relevancia el trabajo interdisciplinario entre medicina, psicología y trabajo social, así como la capacidad de seguimiento estrecho en patologías psiquiátricas infrecuentes, evitando hospitalización, sobre derivación y favoreciendo la adherencia y vinculación terapéutica

Palabras clave: Trastornos mentales, Trastornos de ansiedad; Trastorno de acumulación, Mascotas

SÍNDROME DE ORINA PÚRPURA EN PACIENTE CON USO DE SONDA PERMANENTE, REPORTE DE UN CASO

Autores: Vásquez Caroca Emiliano (1); Vargas De los Reyes Ignacio Felipe (2), Rojas Espejo Florencia (3), Vásquez Caroca Constanza Sofía (4)
Afiliaciones: Médico General de Zona, CESFAM Pablo de Rokha, La Pintana, Santiago. Médico General de Zona, CESFAM Malaquías Concha, La Granja, Santiago Médico General de Zona, CESFAM Maffioletti, La Florida, Santiago Médico General de Zona, CESFAM Víctor Bertín Soto, Arica

Introducción: El síndrome de la bolsa de orina púrpura es un cuadro poco frecuente de observar. Se genera debido a una reacción bioquímica entre la orina, bacterias y el plástico de las sondas y la bolsa de recolección. El color característico se produce cuando la orina presenta derivados metabólicos de bacterias con enzimas específicas, que al reaccionar con los compuestos sintéticos de la sonda y bolsa, producen el color púrpura característico. Se presenta un paciente que acude a su cambio de sonda permanente, encontrándose este hallazgo por primera vez en nuestro centro asistencial.

Presentación del caso: Paciente masculino de 71 años con antecedentes de hiperplasia prostática benigna y vejiga neurogénica asociada, con uso permanente de sonda foley. Acude a control en atención primaria para su cambio de sonda, donde se pesquisa una coloración púrpura en su bolsa recolectora. Evaluado por médico, se encontraba asintomático y sin alteración en signos vitales. Se realiza estudio con tira reactiva con orina positiva para bacteriuria. Paciente se realiza cambio de sonda con salida de orina sin coloración y control en una semana evidenciándose orina sin alteraciones. Se da de alta sin conflicto.

Discusión y conclusiones: El síndrome de la orina púrpura es un cuadro inusual de observar, la reacción entre bacterias productoras de fosfatasas y sulfatasas, tales como: Providence stuartii/rettgeri, Escherichia coli, Proteus mirabilis/vulgaris, Morganella morganii, Klebisella pneumoniae y Pseudomonas aeruginosa; reaccionan con metabolismos del triptofáno en la orina, produciendo el índigo (azul) y la indirrubina (rojo), el cúal al interactuar con el policloruro de vinilo de la sonda y la bolsa de recolección, producen el color púrpura característico. La mayoría de estos casos suelen ser asintomáticos y benignos, siendo manejados con cambio de sonda. En ciertos pacientes pueden presentar sintomatología urinaria siendo manejados con antibióticos como cefalosporinas de tercera generación o fluoroquinolonas, previamente con un urocultivo para ajuste según antibiograma. El propósito de este caso, es mostrar una presentación atípica que puede encontrarse en algo tan frecuente como un cambio de sonda en atención primaria.

Palabras clave: Bacteriuria, Cateterismo Urinario, Orina

SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS EN PACIENTE JOVEN CON INVAGINACIONES INTESTINALES RECURRENTES, REPORTE DE CASO:

Autores: Romero Ulriksen Josefa (1); Acuña López Sara (1), Soto López Francisca (2), Cortez Aravena Melwin (3).
Afiliaciones: (1) Medico General de Zona, Hospital Clorinda Avello de Santa Juana, Santa Juana, Concepción. (2) Medico General de Zona, CESFAM Paulina Avendaño, Talcahuano, Concepción. (3) Medico General de Zona, DSM Tucapel, Tucapel.

Introducción: El Síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una enfermedad genética poco frecuente, de herencia autosómica dominante, asociado a mutaciones del gen STK11/LKB1. Se manifiesta por la aparición de pólipos hamartomatosos en el tracto gastrointestinal y pigmentación mucocutánea característica. Representa un problema de salud relevante debido a las posibles complicaciones digestivas y al elevado riesgo de neoplasias asociadas. El estudio de este síndrome permite profundizar en su diagnóstico temprano, manejo clínico y seguimiento multidisciplinario, con el objetivo de reducir la morbimortalidad asociada.

Presentación del caso: Masculino, 18 años con diagnóstico de SPJ desde el año de vida, confirmado por hallazgos clínicos, endoscópicos compatibles y pigmentación peribucal característica. Consultó por dolor abdominal tipo cólico de inicio insidioso, asociado a distensión abdominal y vómitos, de 5 días de evolución. El paciente había sido sometido previamente a tres laparotomías por invaginación intestinal entre el año de vida y los 12 años. Al examen físico, se observó abdomen distendido y doloroso con ruidos hidroaéreos aumentados. En los exámenes destacaron leucocitosis leve y elevación discreta de proteína C reactiva La tomografía computarizada de abdomen y pelvis evidenció una invaginación yeyuno-yeyunal con múltiples pólipos en el resto del intestino delgado. Se realizó resección segmentaria de yeyuno afectado y polipectomía de las lesiones accesibles. El estudio histopatológico confirmó pólipos hamartomatosos sin displasia. El paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta al quinto día con seguimiento por Gastroenterología y Cirugía.

Discusión y conclusiones: El Síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una patología poco frecuente, pero de gran relevancia clínica, debido a sus complicaciones gastrointestinales y al riesgo aumentado de neoplasias. Las invaginaciones intestinales recurrentes, como en este caso, suelen presentarse en la infancia o adolescencia por el crecimiento de pólipos hamartomatosos que actúan como punto de invaginación. Este caso evidencia la evolución crónica y recidivante del síndrome y la necesidad de una vigilancia endoscópica periódica para detectar y resecar pólipos de gran tamaño. El manejo quirúrgico oportuno y el enfoque multidisciplinario resultan esenciales para mejorar el pronóstico y la calidad de vida.

Palabras clave: Invaginación intestinal, Pólipos hamartomatosos, Síndrome de Peutz-Jeghers, Vigilancia endoscópica.

SÍNDROME DE PICKWICK: COMPLICACIONES POCO FRECUENTES DERIVADAS DE LA OBESIDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Valdés Castro, Cristóbal (1); Valdés Castro, Benjamín (2)
Afiliaciones: (1) Médico general de zona, CESFAM Clara Estrella, Santiago. (2) Médico general de zona, CESFAM La Bandera, Santiago

Introducción: El Síndrome de Pickwick, más recientemente conocido como síndrome de hipoventilación por obesidad, se caracteriza por la combinación de obesidad, hipoventilación crónica y somnolencia diurna, sin otra causa evidente de hipercapnia. Clínicamente, los pacientes se presentan con hipersomnolencia diurna, episodios de apnea del sueño y complicaciones cardiovasculares frecuentemente asociadas.

Presentación del caso: Paciente de sexo masculino de 45 años, con antecedentes de obesidad morbida, ingresa a reanimador de servicio de urgencias de Hospital Padre Hurtado (HPH), ingresa con disnea de una semana de evolución, dificultad respiratoria, desaturando hasta 83%, disnea progresiva que evoluciona hasta disnea de reposo, edema de extremidades inferiores, progresivo a genitales, abdomen, extremidades superiores. Es hospitalizado con diagnósticos de edema pulmonar agudo, crisis hipertensiva, insuficiencia respiratoria aguda y síndrome de Pickwick.

Discusión y conclusiones: El síndrome de Pickwick, también conocido como síndrome de hipoventilación-obesidad (SHO), representa una alteración compleja del control ventilatorio, en la que la obesidad severa genera un aumento en la carga mecánica sobre el sistema respiratorio, disminuyendo la distensibilidad pulmonar y la capacidad residual funcional. A esto se suma una respuesta ventilatoria atenuada a la hipercapnia e hipoxemia, lo que conduce a hipoventilación diurna y trastornos del sueño tipo apnea obstructiva. En conclusión, el síndrome de Pickwick es una entidad subdiagnosticada que requiere alto índice de sospecha en pacientes obesos con somnolencia diurna e hipoventilación. Su manejo oportuno mejora significativamente la supervivencia y calidad de vida, reafirmando la necesidad de estrategias de pesquisa en poblaciones de riesgo y manejo interdisciplinario.

Palabras clave: Síndrome de Hipoventilación por Obesidad, Urgencias Médicas, Insuficiencia Respiratoria

SÍNDROME DE RAMSAY HUNT Y VIRUS VARICELA ZOSTER A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Perez Durán Braulio (1); Saavedra León Ariel (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Cesfam de Cartagena, Cartagena, Valparaíso. (2) Médica General, Cesfam de Cartagena, Cartagena, Valparaíso

Introducción: La principal complicación otológica de la reactivación de virus varicela zoster (VZV) es el síndrome de Ramsay Hunt (SRH), que generalmente incluye la tríada de parálisis facial ipsilateral, otalgia y vesículas en el canal auditivo o aurícula. El SRH refleja la reactivación del VZV latente en el ganglio geniculado del VII par. La parálisis facial observada en el SRH es a menudo más grave que la parálisis de Bell atribuida al VHS, con mayores tasas de denervación neural tardía y menor probabilidad de recuperación completa. Se presenta un caso clínico con presentación atípica de SRH que consultó en APS.

Presentación del caso: Femenina de 64 años, asmática, con demencia tipo alzheimer. En primera consulta refiere 2 semanas de lesiones ampulares eritematosas en región dorsal cervical y pectoral derechas con prurito y alodinia. 2 días previo a la consulta se agrega parálisis facial de hemicara derecha. Se maneja con aciclovir y prednisona. 10 días después consulta en urgencias por aparición de lesiones similares en cuero cabelludo ipsilateral y dolor intenso, por lo cual se agrega pregabalina al manejo. 4 meses después de la primera consulta, con reaparición de lesiones en dorso en el intertanto, presenta aparición de lesiones en pabellón auricular derecho, planteándose por primera vez el SRH. Luego del tratamiento con pregabalina y kinesioterapia, se manejó el dolor, sin embargo persistió la parálisis facial

Discusión y conclusiones: El diagnóstico del SRH puede ser clínico o requerir pruebas complementarias. Sin embargo, la presentación clínica puede ser muy variada, además de que es posible la afección de otros pares craneales Aunque la aparición de las vesículas suele ser anterior a la parálisis, en un 14% de los casos, como en esta paciente, es posterior. En otros casos las vesículas herpéticas no llegan a aparecer (zoster sine herpete), así, algunos pacientes diagnosticados inicialmente de parálisis idiopática de Bell, son en realidad zoster sine herpete o síndrome de Ramsay Hunt atípicos. Es importante pensar en SRH ante toda parálisis facial dolorosa, se acompañe o no de erupción cutánea y afectación vestibular, puesto que el diagnóstico y tratamiento precoces aminoran las secuelas de esta enfermedad.

Palabras clave: Herpes zóster, Neurología, Parálisis facial

SÍNDROME DE SILLA TURCA VACÍA A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Chiesa O Casagrande Castañeda Nicolas (1); Silva González Camila Belén (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Bernardo Leighton, Puente Alto, Santiago.

Introducción: El Aracnoidocele selar (AS), corresponde a una hernia de la membrana aracnoidea hacia el interior de la silla turca, suele ser un hallazgo imagenológico común, encontrándose en cerca de un 35% de la población, con una incidencia mayor entre los 30 y 60 años. El síndrome de silla turca vacía (SSE), se define como un AS asociado a síntomas neurológicos, oftalmológicos o endocrinos. El presente trabajo tiene como objetivo fortalecer conocimientos en materia de AS, así como evaluar herramientas en APS para una sospecha diagnostica precoz.

Presentación del caso: Paciente masculino de 59 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus, hipertensión Arterial e Hipotiroidismo de difícil manejo, cursa con cuadro de 6 meses de evolución de cuadros de mareos inestabilidad de la marcha, cefalea, fatiga diplopía, visión en túnel y compromiso cualitativo de conciencia de al menos 30 minutos de duración con múltiples atenciones en servicio de urgencia, sin estudio imagenológico, con diagnóstico de síndrome somatomorfo y derivación a programa de salud mental. Se evalúa en atención primaria, al examen físico con examen neurológico normal, sin focalidad neurológica. Sin hallazgos patológicos en exámenes de laboratorio, se solicita resonancia nuclear magnética (mayo 2025): Aracnoidocele Selar. En vista de sintomatología se decide derivación a servicio de neurología. Este estudio cuenta con consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: Los trastornos relacionados con la hipófisis pueden presentarse con una alta variedad de síntomas y signos. Si bien, la mayor parte de los AS son asintomáticos, un grupo de estos podría generar síntomas constituyendo un SSE. Resulta fundamental una anamnesis completa, buscando síntomas y signos neurológicos, alteraciones visuales, y estigmas del eje hipofisiario como base para el diagnóstico de SSE, además de una derivación oportuna a nivel secundario para optimizar estudio del eje hipofisiario e imagenológico (que no se encuentran en canasta de APS), con el fin de mejorar el tratamiento manejo del paciente por parte de un equipo multidisciplinario.

Palabras clave: Glándula Hipofisiaria, Silla Turca, Síndrome de Silla Turca Vacía,

SÍNDROME DE SILLA TURCA VACÍA COMO POSIBLE CAUSA DE HIPOTIROIDISMO A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Saavedra León Ariel (1); Perez Durán Braulio (1), Riquelme Reyes Camila (2), Maurer Obaid Nicole (3)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Cesfam de Cartagena, Cartagena, Valparaíso (2) Médica General de Zona, Cesfam de Quilpué, Quilpué (3) Médica General, Cesfam de Cartagena, Cartagena, Valparaíso

Introducción: El hipotiroidismo central (HTRC) es la deficiencia de la hormona tiroidea (T4L) debido a un trastorno de la hipófisis, el hipotálamo o la circulación portal hipotálamo-hipofisaria, lo que resulta en una disminución de la hormona estimulante de la tiroides (TSH), la hormona liberadora de tirotropina (TRH) o ambas. La sintomatología del cuadro al existir deficiencia de T4L es similar al hipotiroidismo de causa periférica, sin embargo, existen diferencias en cuanto a los niveles de las distintas hormonas involucradas en el eje hipotálamo-hipófisis-tiroides y síntomas relacionados a otros ejes hormonales que pueden hacer sospechar de una causa central. Dentro de los diagnósticos diferenciales del HTRC, está el síndrome de la silla turca vacía (SSE), también conocido como aracnoidocele, es un hallazgo radiológico en el que la silla turca (ST) aparece vacía debido al líquido cefalorraquídeo (LCR) dentro del espacio subaracnoideo que se hernia en la ST.

Presentación del caso: Mujer de 63 años, con antecedentes de asma bronquial e hipotiroidismo de difícil manejo diagnosticado el año 2014, asistió en junio del 2024 para ingreso médico de salud mental por síntomas de ansiedad, taquicardia y diaforesis. En segundo control, sin mejoría clínica a pesar de antidepresivo, y en exámenes de laboratorio destacó TSH <0,01 y T4L 1.7, se realizó ajuste de dosis de levotiroxina e indicación de tratamiento sintomático con betabloqueadores. Al control en 8 semanas, persistió sintomática con TSH suprimida y T4L 1.4, por lo que se solicitó resonancia magnética (RMN) de ST que destacó aracnoidocele intraselar expansivo con ocupación de 90% de ST por LCR, con parénquima pituitario rechazado hacia la periferia, motivo por el cual la paciente fue derivada a neurocirugía y endocrinología.

Discusión y conclusiones: El HTRC representa cerca del 0,1% de los casos y puede deberse a un aracnoidocele que afecta la hipófisis. Se sospecha cuando la TSH no se normaliza pese a la mejoría clínica o hay signos de alteración de otros ejes hormonales. El tratamiento es con levotiroxina, pero requiere control con T4 libre, evaluación de otros ejes y estudios de neuroimagen, por lo que se recomienda derivar a nivel secundario.

Palabras clave: Hipopituitarismo, Hipotiroidismo, Silla turca

SÍNDROME DE SJÖGREN COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL:

Autores: Carrasco Delgado Diego (1); Tamaya Cerda Martín (2), Martínez Venegas Javier (3), Aburto Bustos Carolina (4)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Yobilo, Coronel (2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar San Felipe El Real, San Felipe (3) Médico General de Zona, Hospital San Antonio de Putaendo, Putaendo (4) Médico Cirujana, Centro de Salud Familiar Yobilo, Coronel

Introducción: El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune de baja prevalencia caracterizada por infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas, lo que provoca hiposecreción y síntomas de sequedad mucosa. Aunque su presentación clásica incluye xeroftalmia y xerostomía, el compromiso extraglandular puede preceder a las manifestaciones típicas, dificultando el diagnóstico inicial1. En este contexto, se presenta un caso con manifestación otorrinolaringológica como forma de inicio, destacando la importancia del abordaje multidisciplinario en su identificación.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino, con antecedente de sinusitis crónica previamente tratada con corticosteroides intranasales. En el año 2018 desarrolló hipoacusia neurosensorial bilateral acompañada de acúfenos. La audiometría mostró hipoacusia de 25/21 dB con 80 % de discriminación en oído izquierdo y 36/33 dB con 84 % en oído derecho. Se interpretó inicialmente como enfermedad de Ménière y fue manejada por otorrinolaringología. En 2021 presentó xeroftalmia y pterigion bilateral, siendo evaluada por oftalmología. El test de Schirmer fue de 26 mm y 25 mm, con ruptura de la película lagrimal a los 5 segundos. Se observó tinción corneal tipo Oxford grado I difuso, mucus positivo y disfunción de glándulas de Meibomio. Se realizó tratamiento quirúrgico oftalmológico y lubricación ocular con lágrimas artificiales. Durante el mismo año, la paciente desarrolló poliartralgias de predominio lumbosacro. La resonancia magnética evidenció espondilosis sin compromiso neuroforaminal. Los estudios inmunológicos revelaron anticuerpos antinucleares positivos con patrón AC-2 y AC-8, y la biopsia de glándula salival menor mostró fibrosis e inflamación crónica compatible con sialoadenitis linfocitaria. Con estos hallazgos, el equipo de reumatología estableció el diagnóstico de síndrome de Sjögren con compromiso multisistémico e inició tratamiento con hidroxicloroquina, obteniéndose buena respuesta clínica.

Discusión y conclusiones: La afectación otorrinolaringológica en el síndrome de Sjögren parece ser frecuente sin embargo todavía faltan datos para determinar su prevalencia exacta2. La hipoacusia neurosensorial bilateral ha sido descrita como posible consecuencia de vasculitis o compromiso autoinmune del oído interno3. Este caso subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha frente a síntomas auditivos o de mucosas persistentes sin causa aparente, especialmente en mujeres adultas. Asimismo, refuerza el valor del enfoque interdisciplinario para un diagnóstico precoz y manejo oportuno de esta patología

Palabras clave: ARTRALGIA PÉRDIDA AUDITIVA SENSORINEURAL SÍNDROME DE SJÖGREN

SÍNDROME DE SOTOS, ENFERMEDADES POCO COMUNES Y LA IMPORTANCIA DE PESQUISA EN ATENCIÓN PRIMARIA:

Autores: Parra Urra Javiera (1); Casanova Ordóñez Bernardita (2), Del Valle Rodríguez Camila (2), Monsalve Sobarzo, Patricio (2)
Afiliaciones: (1) Médico EDF, CESFAM Los Sauces, Servicio Salud Araucanía Norte. (2) Médico general, Servicio Salud Valdivia.

Introducción: El Síndrome de Sotos, descrito en 1964, es un trastorno genético caracterizado por sobrecrecimiento, macrocefalia, frente prominente, edad ósea avanzada, hipotonía y retraso del desarrollo psicomotor e intelectual. En Chile, el Control de Salud Infantil (CSI) permite la vigilancia periódica desde el nacimiento hasta los 9 años, favoreciendo la detección precoz de alteraciones del desarrollo mediante evaluación del crecimiento, nutrición, vacunación y factores de riesgo, el objetivo de este trabajo en destacar su importancia para el diagnóstico oportuno de alteraciones.

Presentación del caso: Paciente masculino de 8 meses, derivado desde el CSI por macrocefalia, hipotonía y retraso del desarrollo psicomotor. Sin antecedentes perinatales relevantes. Durante la evaluación se pesquisaron dismorfias craneofaciales y retraso psicomotor global. A los siete meses de vida presentó un episodio compatible con crisis convulsiva y se inició tratamiento anticonvulsivo. El electroencefalograma no mostró actividad epileptiforme. La resonancia magnética cerebral evidenció un quiste aracnoidal frontal izquierdo y leve retraso en la mielinización. Los potenciales auditivos y la resonancia magnética de órbita se encontraron dentro de la normalidad. El estudio genético identificó una variante patogénica heterocigota en el gen NSD1, compatible con SS. El paciente ingresó a seguimiento multidisciplinario, con rehabilitación motora, terapia fonoaudiológica, terapia ocupacional en Teletón, además de CSI habituales. Se obtuvo consentimiento informado de la familia para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: Este caso muestra un paciente con un cuadro de sobrecrecimiento perinatal, macrocefalia, hipotonía, retraso psicomotor y dismorfias craneofaciales, orientando la sospecha de un síndrome de sobrecrecimiento. La identificación de una variante patogénica en NSD1 confirmó Síndrome de Sotos e implicó intervención multidisciplinaria precoz. El caso evidencia la importancia del Control de Salud Infantil para la pesquisa oportuna de enfermedades que se presentan con alteraciones del neurodesarrollo.

Palabras clave: Atención Primaria en Salud, Retraso del neurodesarrollo, Síndrome de Sotos.

Síndrome de Stevens-Johnson inducido por AINE en paciente joven: importancia de la detección temprana y manejo multidisciplinario:

Autores: Morales Bustamante Nicole (1); Ulloa Labrin Jorge (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Dr, Carlos Diaz Gidi, San Javier. (2) Alumna Medicina Universidad Católica del Maule, Talca.

Introducción: El síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y la necrólisis epidérmica tóxica (NET) son reacciones mucocutáneas graves, mediadas por mecanismos de hipersensibilidad, generalmente inducidas por fármacos. Se caracterizan por necrosis epidérmica extensa y compromiso de mucosas, con alta morbimortalidad (1). Los medicamentos más asociados son antibióticos, anticonvulsivantes, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y alopurinol (2). La identificación precoz del cuadro es esencial para evitar progresión hacia NET y reducir complicaciones sistémicas. Se presenta un caso de SSJ secundario al uso de naproxeno y corticoides en una paciente joven, subrayando la importancia del reconocimiento temprano y manejo multidisciplinario.

Presentación del caso: Paciente femenina de 22 años, previamente sana, consultó el 20 de septiembre en servicio de urgencia por odinofagia y disnea leve. Se diagnosticó bronquitis aguda, iniciándose tratamiento con naproxeno y corticoides orales. Cinco días después, presentó lesiones vesiculares hemorrágicas y úlceras dolorosas en mucosa oral, agregándose fiebre alta, conjuntivitis bilateral y lesiones ulceradas genitales. En laboratorio destacó PCR 238 mg/L y leucocitos 13 900 /µL con neutrofilia 81.6 %. Ante la progresión mucocutánea y fiebre persistente, se sospechó síndrome de Stevens-Johnson, siendo derivada a hospital de mayor complejidad. En la unidad de medicina interna se suspendieron de inmediato los fármacos sospechosos e inició manejo con soporte hídrico, control térmico, analgesia, cobertura antibiótica profiláctica y cuidados dermatológicos intensivos. Durante la hospitalización, presentó mejoría gradual de las lesiones mucosas sin progresión cutánea significativa ni compromiso sistémico. Fue dada de alta tras 10 días, con indicación de evitar AINE en el futuro y control ambulatorio por dermatología e inmunología. Se obtuvo consentimiento informado para la publicación del caso, asegurando anonimato y confidencialidad conforme a la Declaración de Helsinki.

Discusión y conclusiones: El caso resalta la necesidad de sospechar SSJ ante lesiones mucocutáneas multisistémicas en contexto de exposición farmacológica reciente, incluso a AINE de uso habitual. La suspensión temprana del agente causal y el manejo de soporte intensivo son determinantes del pronóstico (3). Las controversias actuales incluyen el papel de la inmunoglobulina intravenosa y los agentes inmunomoduladores en fases tempranas (4). Se recomienda fortalecer la farmacovigilancia y educación médica sobre reacciones adversas severas a medicamentos.

Palabras clave: Síndrome de Stevens-Johnson; Reacciones adversas a medicamentos; Antiinflamatorios no esteroideos

SÍNDROME DE SWEET ASOCIADO A INFECCIÓN ENTÉRICA Y DISPLASIA CERVICAL: IMPORTANCIA DEL ABORDAJE INTEGRAL

Autores: Sepúlveda Moraga, Sofía (1); Palma Peña, Sofía (2) Cesped Castañeda, Cristobal (1) Letzkus Krumel, Alana (3)
Afiliaciones: (1) Médico General de zona, Hospital de Til Til, Til Til. (2) Médico Cirujano. Unidad de Dermatología, CRS Hospital Provincia Cordillera, Puente Alto, Santiago. (3) Interna de Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile.

Introducción: El síndrome de Sweet (SS), también conocido como dermatosis neutrofílica febril aguda, corresponde a una reacción cutánea inflamatoria no infecciosa, caracterizada por la aparición súbita de pápulas, placas o nódulos eritematosos dolorosos, acompañados de fiebre y elevación de marcadores inflamatorios (1). Histológicamente, se observa un denso infiltrado de neutrófilos maduros en la dermis, con ausencia de vasculitis (2). Aunque su etiología es habitualmente idiopática, el SS puede asociarse a infecciones, enfermedades autoinmunes, neoplasias o fármaco. Esta diversidad etiológica subraya la importancia de una evaluación exhaustiva y seguimiento estrecho. (3,4,5)

Presentación del caso: Mujer de 44 años, previamente sana, acude al servicio de urgencias por dos semanas de evolución caracterizado por diarrea, vómitos, fiebre alta, artralgias y lesiones cutáneas progresivas, dolorosas en extremidades y cara. Al ingreso se encontraba febril, taquicárdica e hipotensa. El examen físico reveló múltiples pápulas y placas eritematosas de polimorfas en extremidades y cara, e inyección conjuntival bilateral. El laboratorio destaca leucocitosis (15.500 cél/mm3), trombocitosis (957.000 plaq/mL) y proteína C reactiva elevada (238 mg/L). El panel gastrointestinal fue positivo para Salmonella spp. Se inició tratamiento con ceftriaxona e hidrocortisona por cinco días. La biopsia de piel mostró un infiltrado neutrofílico denso en dermis y panículo adiposo, compatible con SS con compromiso paniculítico. Tras la mejoría clínica, se continuó con prednisona y clobetasol tópico durante dos semanas, con resolución completa del cuadro. Durante el seguimiento ambulatorio, un examen de Papanicolaou reveló una displasia intraepitelial de alto grado (NIE III), lo que planteó una nueva posible etiología paraneoplásica.

Discusión y conclusiones: El SS es una entidad infrecuente y heterogénea, cuyo diagnóstico requiere correlación clínica, histopatológica y una búsqueda dirigida de causas secundarias (6). En este caso, la asociación inicial con infección por Salmonella sugiere un desencadenante infeccioso agudo, mientras que la detección posterior de una displasia cervical de alto grado abre la posibilidad de un mecanismo paraneoplásico incipiente (7). Este reporte enfatiza la importancia de un enfoque integral ante cuadros similares, donde el seguimiento puede revelar patologías subyacentes relevantes (8). El reconocimiento precoz y el tratamiento oportuno no solo mejoran el pronóstico dermatológico, sino que pueden conducir al diagnóstico temprano de enfermedades sistémicas asociadas.

Palabras clave: Dermatosis neutrofílica, Salmonella, Síndrome de Sweet.

SINDROME DE TAKOTSUBO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Briones Muñoz Vania (1); Arriagada Paredes Natalia (2), Sanhueza Osses Andrea (2), Villanueva Stark Bárbara (2).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Futaleufú, Futaleufú. (2) Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede de la Patagonia.

Introducción: El síndrome de Takotsubo se caracteriza por una disfunción transitoria del ventrículo izquierdo (VI), desencadenada por un estrés emocional o físico significativo. Es una entidad infrecuente, con mayor prevalencia en mujeres postmenopáusicas. Clínicamente se presenta como un síndrome coronario agudo (SCA), pero sin evidencia de lesiones significativas al estudio coronariográfico. Este cuadro continua siendo un desafío diagnóstico debido a su similitud con el infarto agudo al miocardio, el requerimiento de exámenes complementarios, y a la necesidad de un enfoque multidisciplinario para su manejo y seguimiento.

Presentación del caso: Mujer de 58 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y tabaquismo activo, ingresa en contexto de SCA complicado con shock cardiogénico. Inicialmente se hospitaliza en la unidad de tratamiento intensivo, requiriendo dosis altas de drogas vasoactivas. En estudio inicial destaca troponinas elevadas y electrocardiograma con signos de isquemia aguda. Se realiza coronariografía que informa arterias coronarias sin lesiones significativas. Presenta evolución tórpida, secundario a arritmia, requiriendo reanimación cardiopulmonar e intubación orotraqueal. Se completa estudio con ecocardiograma transtorácico que evidencia VI con hipocinesia severa de múltiples segmentos, abombamiento apical, y fracción de eyección reducida, compatible con Takotsubo. Se decide manejo de soporte con betabloqueo y antiarrítmico. Posteriormente con evolución favorable, se extuba y traslada a sala de baja complejidad. Se realiza resonancia magnética cardiaca que informa VI no dilatado, sin alteraciones en la contractilidad, función sistólica recuperada, y edema miocárdico en los segmento medios y apicales. Previo al alta se obtuvo consentimiento informado para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: El síndrome de Takotsubo es considerada una afección benigna y autolimitada (por la recuperación de la fracción de eyección), sin embargo tiene una alta tasa de complicaciones cardiovasculares que determinan el pronóstico, con elevada morbimortalidad. Su fisiopatología aún está en estudio, la teoría más aceptada es la descarga excesiva de catecolaminas secundaria a un evento estresor. En consecuencia, no existe manejo específico, por lo que se indican medidas de soporte y vigilancia continua. Este caso refuerza la importancia de considerar esta afección dentro de los diagnósticos diferenciales de un SCA, principalmente en mujeres postmenopáusicas, para optimizar el abordaje diagnóstico y manejo integral del paciente.

Palabras clave: Cardiomiopatía de Takotsubo, Gasto Cardíaco Bajo, Síndrome Coronario Agudo.

SÍNDROME DE TERSON, MANIFESTACIÓN INFRECUENTE DE COMPROMISO VISUAL ASOCIADO A HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA:

Autores: Muñoz Aguilera Maximiliano (1); Patricio Gutierrez Villaseca (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Lanco, Lanco, Región de los Ríos. (2) Oftalmologo, Hospital Base Valdivia, Valdivia, Región de los Ríos

Introducción: El síndrome de Terson corresponde a la presencia de hemorragias intraoculares (vítreas o subhialoideas) secundarias a hemorragias intracraneales, generalmente por ruptura de aneurisma cerebral. Su origen se asocia a un aumento brusco de la presión intracraneal, que se transmite al espacio subaracnoideo del nervio óptico, ocasionando ruptura de vasos retinianos. Esta entidad se describe en hasta un 10–40% de los casos de hemorragia subaracnoidea (HSA) y su reconocimiento es crucial, ya que la pérdida visual puede confundirse con alteraciones neurológicas. El examen oftalmológico temprano permite diferenciar causas visuales de origen ocular versus central, optimizando el manejo integral del paciente.

Presentación del caso: Varón de 45 años, sin antecedentes mórbidos, consultó por cefalea súbita intensa y pérdida transitoria de conciencia. La tomografía computarizada mostró HSA difusa secundaria a ruptura de aneurisma comunicante anterior. Durante su evolución hospitalaria refirió visión borrosa bilateral. El fondo de ojo reveló hemorragia vítrea densa en ambos ojos. La ecografía ocular confirmó opacidades vítreas sin desprendimiento de retina, mientras que la tomografía de coherencia óptica (OCT) evidenció compromiso subhialoideo. Se optó por manejo conservador inicial, observándose reabsorción parcial del sangrado. Ante la persistencia de hemorragia vítrea densa con baja agudeza visual, se realizó vitrectomía en ojo derecho, logrando recuperación visual significativa (20/25 postoperatoria). Se obtuvo el consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: El síndrome de Terson constituye una complicación oftalmológica relevante de las hemorragias intracraneales. Su fisiopatología se relaciona con el aumento abrupto de la presión intracraneal que incrementa la presión venosa retiniana y produce ruptura capilar. El diagnóstico se establece mediante examen de fondo de ojo, ecografía ocular o OCT, herramientas esenciales cuando existen opacidades de medios. Aunque muchas hemorragias se resuelven espontáneamente en 3–6 meses, la vitrectomía está indicada ante hemorragias densas o persistentes, ofreciendo buenos resultados visuales. Este caso enfatiza la importancia de la evaluación oftalmológica sistemática en pacientes con HSA. La detección precoz y el abordaje multidisciplinario entre oftalmología y neurología son claves para preservar la función visual y mejorar el pronóstico general del paciente.

Palabras clave: Hemorragia Subaracnoidea, Hemorragia Vítrea, Síndrome de Terson.

SÍNDROME DE WARTENBERG, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN MUJER ADULTA CON DOLOR Y PARESTESIAS EN MANO NO DOMINANTE:

Autores: Riquelme Flores Hernán (1), Montero Herrera Mariann (1), Pérez Torres Nicolás (2), Valdivia Cerda Álvaro (2)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Bellavista, Tomé (2) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción

Introducción: El síndrome de Wartenberg es una mononeuropatía poco frecuente del nervio radial superficial, caracterizada por dolor, parestesias y adormecimiento en la región dorsolateral de la mano, sin afectación motora. Representa menos del 1% de todas las neuropatías por atrapamiento periférico y es predominante en mujeres entre 30 y 60 años.

Presentación del caso: Paciente femenina de 54 años, con antecedente de hipotiroidismo, consultó por cuadro clínico de 5 meses de evolución, caracterizado por dolor persistente y parestesias en dorso de mano izquierda, no dominante. Al examen físico se constató signo de Tinel, Durkan, Phalen y Finkelstein negativos, así como fuerza y rango osteomuscular conservados. Se inició estudio con ecografía de muñeca izquierda que evidenció atrapamiento del nervio mediano y múltiples tenosinovitis, lo que no fue concordante con la sospecha inicial. Se complementó con electromiografía que demostró neuropatía sensitiva de ramo superficial de nervio radial izquierdo de grado moderado. Tras diagnóstico de síndrome de Wartenberg se inició fisioterapia, antiinflamatorios, férula y compensación de patología de base, con lo que evolucionó favorablemente, sin necesidad de cirugía. Se obtuvo consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: Este caso ilustra las dificultades diagnósticas que plantea el síndrome de Wartenberg debido a la superposición clínica con otras neuropatías compresivas y patologías tendinosas, con las que incluso puede coexistir. La comprensión de la anatomía y los hallazgos son claves para su sospecha. El diagnóstico diferencial cuidadoso sumado a estudios complementarios, permite implementar un manejo dirigido, evitando intervenciones innecesarias y optimizando el pronóstico funcional.

Palabras clave: Electromiografía, Neuropatía radial, Parestesia

SÍNDROME DE WÜNDERLICH: HEMATOMA RENAL ESPONTÁNEO.

Autores: Henríquez González Natalia (1); Concha Subiabre Natalia (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Cesfam Pitrufquén, Pitrufquén. (2) Interna De Medicina, Universidad De La Frontera, Temuco.

Introducción: El síndrome de Wunderlich o hematoma renal espontáneo corresponde a una entidad clínica rara, caracterizada por una hemorragia renal aguda en los espacios subcapsular, perirrenal y/o pararrenal. Su cuadro clínico es inespecífico, caracterizado principalmente por dolor abdominal, aunque en algunos casos puede llegar a ser grave secundario a un shock hipovolémico. Su diagnóstico se basa principalmente en técnicas imagenológicas; siendo, su etiología más frecuente tumoral. Su tratamiento depende de la situación clínica del paciente, pudiendo ser conservador o quirúrgico.

Presentación del caso: Mujer de 59 años con antecedente mórbido de psicosis esquizoafectiva, consulta en servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal súbito tipo cólico irradiado a fosa iliaca derecha. Niega traumatismos. Se realizaron exámenes, donde destacó creatinina en 1,32 y velocidad de filtración glomerular: 41.2 ml/ min, sin alteración de parámetros infecciosos; por lo que fue derivada a atención primaria para continuar estudio. Se descartaron patologías cardiovasculares e inmunológicas. Se solicitó ecografía renal, que informó lesión nodular cortical derecha, ante lo cual se realizó una tomografía, que mostró un hematoma subcapsular renal derecho con impronta sobre el parénquima, sin focos de sangrado activo de 28 mm de diámetro. La paciente fue hospitalizada, para monitorización y control imagenológico. A las 48 hrs en la tomografía se evidenció una disminución de tamaño del hematoma subcapsular a 18 mm. Dado estabilidad de paciente y evolución favorable, se decidió manejo conservador. A los 3 meses se controla con imagen donde se evidencia resolución completa del hematoma subcapsular renal derecho.

Discusión y conclusiones: El hematoma renal espontáneo es una entidad que aparte de ser rara tiene una clínica inespecífica y un diagnóstico que se basa en la imagenología; todos estos elementos hacen difícil plantearlo como diagnóstico diferencial inicial. En relación al caso presentado, se puede ejemplificar lo difícil que fue el diagnóstico, dado que la paciente acudió a múltiples dispositivos de salud: urgencias, luego a atención primaria, luego consulta por extra sistema y finalmente fue hospitalizada. Afortunadamente, la estabilidad hemodinámica de la paciente y el no tener sangrado activo hizo posible el manejo conservador y evolución favorable. En este caso, no hubo una etiología identificable.

Palabras clave: Hematoma, Hemorragia, Riñón, Tomografía.

SÍNDROME INFLAMATORIO ASOCIADO A POLINEUROPATÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Carrasco Herrera María Luz (1); Salazar Vargas Paola Cristina (1),
Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, Hospital Familiar y Comunitario de Lanco, Lanco, Región de Los Ríos.

Introducción: Las enfermedades reumatológicas representan un amplio grupo de afecciones inflamatorias inmunomediadas, las manifestaciones neurológicas son parte de muchas de estas entidades debido a diferentes tipos de ataque inflamatorio al tejido neuronal, atrapamientos nerviosos, toxicidad farmacológica o vasculopatías. Una de las principales manifestaciones de estas enfermades son la neuropatía periférica. Sin embargo, existen neuropatías inflamatorias primarias que también pueden afectar el sistema nervioso periférico, tanto de manera agudo como crónicas, siendo la principal representante de esta última, la Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica (CIDP).

Presentación del caso: Mujer de 64 años, con antecedentes de cardiopatía coronaria. Primera hospitalización hace 5 meses por poliartralgias de predominio proximal asociado a parámetros inflamatorios elevados. En ese contexto, se inician corticoides con buena respuesta clínica, por lo que continúa estudio ambulatorio. Se realiza FR y aCCP negativos, ANA 1/80 AC4, ENA negativo, ANCA PR3 y MPO negativos. Consulta nuevamente a los 3 meses de tratamiento por cuadro de una semana de disminución progresiva de sensibilidad y fuerza distal de extremidades superiores e inferiores, evaluada por neurología con tetraparesia arrefléctica e hipoestesia en guante y calcetín, se descarta Síndrome de Guillain Barré, se toma electromiografía compatible con compromiso sensitivo/motor axonal, asimétrico, severo. Dado contexto de síndrome inflamatorio asociado a polineuropatía periférica se sospecha vasculitis de vasos pequeños, se aumenta dosis de corticoides, con buena respuesta, mejorando fuerza. Se realiza biopsia de nervio sural que muestra inflamación endoneural linfocítica e histiocítica y signos focales de degeneración axonal no específicos (balonización neural). Sin evidencia vasculitis. Se disminuye dosis de corticoides y se inicia Azatioprina. Con evolución favorable. Se obtiene consentimiento.

Discusión y conclusiones: El caso descrito corresponde a una paciente con síndrome inflamatorio sistémico y polineuropatía periférica progresiva, inicialmente sospechada como vasculitis, pero cuyos hallazgos clínicos, electrofisiológicos e histopatológicos, junto con la evolución subaguda, la respuesta favorable a corticoides y la ausencia de marcadores serológicos autoinmunes específicos orientan finalmente hacia una polineuropatía inflamatoria crónica inmunomediada, compatible con CIDP. Este caso resalta la importancia del abordaje interdisciplinario entre reumatología y neurología en pacientes con neuropatías periféricas inflamatorias, así como el valor diagnóstico de la biopsia de nervio en distinguir entre vasculitis y neuropatías inflamatorias inmunomediadas.

Palabras clave: Biopsia de nervio, Neuropatía periférica inmunomediada, Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP).

SÍNDROME MILLER FISHER, REPORTE DE UN CASO

Autores: Gallardo Recabal, Valery(1-2); Encina Escudero, Francisca(3)
Afiliaciones: (1) Médico General, Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Santiago. (2) Médico General de Zona, CESFAM Juan Pablo II, Antofagasta, Antofagasta. (3) Médico General de Zona, CESFAM La Pincoya, Huechuraba, Santiago.

Introducción: El síndrome de Miller Fisher (SMF) es una polineuropatía desmielinizante autoinmune aguda, considerada una variante del síndrome de Guillain-Barré (SGB). Se caracteriza clínicamente por la tríada de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. Su incidencia es baja, estimada entre 1 y 2 casos por millón de habitantes al año, con predominio masculino (2:1) y mayor frecuencia en primavera. Aunque en países occidentales representa solo el 1–7% de los casos de SGB, en Asia puede alcanzar hasta el 25%.

Presentación del caso: Paciente masculino de 32 años, sin antecedentes médicos relevantes, consultó por un cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por diplopía horizontal, disartria y escape nasal, asociado a parestesias bilaterales en extremidades superiores. Al examen físico destacó disartria moderada, paresia del recto lateral derecho, paresia palatina con reflejo nauseoso ausente, arreflexia generalizada y ataxia leve. La AngioTC de cerebro y cuello fue normal, y la punción lumbar no mostró alteraciones relevantes. Con base en los hallazgos clínicos, se diagnosticó síndrome de Miller Fisher. Se inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (0,4 g/kg/día por 5 días) y apoyo de rehabilitación. Durante su hospitalización, el paciente se mantuvo hemodinámicamente estable, con recuperación progresiva y alta sin complicaciones.

Discusión y conclusiones: Discusión: El SMF se asocia al mimetismo molecular entre antígenos bacterianos —principalmente Campylobacter jejuni y Haemophilus influenzae— y los gangliósidos de la superficie neuronal, en particular GQ1b, abundante en los nervios oculomotores, lo que explica la oftalmoplejía característica. La detección de anticuerpos anti-GQ1b en suero o LCR, presente en aproximadamente el 85% de los casos, constituye un marcador diagnóstico clave. Aunque la hiperproteinorraquia es frecuente en el SGB, puede estar ausente en etapas iniciales del SMF. El tratamiento de elección es la inmunoglobulina intravenosa o la plasmaféresis, con resultados clínicos equivalentes. Conclusiones: El SMF es una entidad neurológica rara pero tratable. El reconocimiento precoz de su tríada clínica y la instauración oportuna de inmunoglobulina intravenosa son fundamentales para un pronóstico favorable. Este caso resalta la importancia de la sospecha clínica temprana y del abordaje multidisciplinario en unidades especializadas para optimizar la evolución neurológica del paciente.

Palabras clave: Polineuropatías, Síndrome de Guillain Barré, Síndrome de Miller Fisher.

SÍNDROME MIOPÁTICO COMO MANIFESTACIÓN DE LINFOMA RENAL: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL

Autores: Nicolás Espinoza T. (1); Ceidy Silva F. (1) Matías Encina M. (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Santo Tomás de Limache, Valparaíso, Chile

Introducción: La dermatomiositis y la polimiositis son miopatías inflamatorias idiopáticas que se caracterizan por debilidad del músculo esquelético proximal y evidencia de inflamación muscular. En adultos, la dermatomiositis suele asociarse con neoplasias malignas. Los linfomas no Hodgkin (LNH) comprenden un grupo diverso de neoplasias hematológicas que derivan de progenitores de linfocitos B, linfocitos T, linfocitos B maduros, linfocitos T maduros o linfocitos citolíticos naturales Menos de un tercio de los pacientes presentan linfoma extraganglionar primario al momento de la presentación. El sitio más común de enfermedad extranodal primaria es el tracto gastrointestinal, seguido de la piel; otros sitios extranodales afectados por LNH agresivos incluyen testículos, huesos y SNC; raramente, pueden estar afectados el riñón, la próstata, entre otros La evidencia clínica de afectación renal se presenta en un 2 a un 14 % de los pacientes con LNH.

Presentación del caso: Paciente de 45 años con antecedentes de diabetes y dislipidemia. Consulta por cuadro de 10 días de evolución de mialgias a nivel escapular, disfagia lógica, pérdida de peso significativa y paresia progresiva de extremidades de predominio proximal. Al examen físico destaca paresia M3 de 4 extremidades en relación a grupos musculares proximales, cefaloparesia, y disminución del trofismo y tono difusa. Sin manifestaciones cutáneas. Se realizan exámenes de laboratorio generales con hallazgo de elevación de creatininquinasa total sérica, elevación de transaminasas y de parámetros inflamatorios. Durante la tomografía computarizada presenta hallazgo de nefromegalia bilateral con imagen sugerente de linfoma renal

Discusión y conclusiones: Aproximadamente entre el 10 % y el 15 % de los adultos con dermatomiositis son diagnosticados con una neoplasia maligna, generalmente dentro de los primeros dos o tres años tras el diagnóstico Los tumores más comunes son el cáncer de mama, pulmón, ovario y estómago, y el linfoma no Hodgkin. Todos los pacientes adultos con dermato o polimiositis deben someterse a una historia clínica completa; exploración física con tacto rectal y pélvico; análisis de laboratorio; y pruebas de detección de cáncer adecuadas para su edad

Palabras clave: Miositis, Linfoma no Hodgkin, Trastornos de Deglución

SÍNDROME PSEUDOBULBAR POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Díaz Méndez Diego (1); Reyes Moreno Francisca (1), Roa Zagal Catalina (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Carlos Avendaño, Lo Prado (2) Médica General de Zona, CESFAM Dr. Salvador Allende, San Ramón

Introducción: El síndrome pseudobulbar (SPB) es un trastorno neurológico caracterizado por episodios de llanto y/o risa involuntarios, incongruentes con el estado afectivo real, secundarios a lesiones bilaterales de las vías corticobulbares. Su prevalencia post accidente cerebrovascular (ACV) varía entre 11–34%, aunque suele estar infradiagnosticado y confundido con depresión. Este caso presenta a un paciente con múltiples ACV y síntomas afectivos incongruentes, revisando la fisiopatología, diagnóstico diferencial y opciones terapéuticas, con énfasis en la importancia del reconocimiento precoz para mejorar la calidad de vida.

Presentación del caso: Paciente masculino de 54 años, con antecedentes de hipertensión arterial, asma y tres ACV previos (último en enero de 2024), consultó por cuadro de 1,5 años de llanto y risa inmotivados, con 4–6 episodios diarios, iniciados tras un ACV de fosa posterior. Presentó diadococinesia, dismetría izquierda leve, vértigo central, disartria basal y alteración de la marcha. Los síntomas condicionaron ánimo bajo, anhedonia, pensamientos de minusvalía y trastornos del sueño. En los estudios complementarios: EEG evidenció lentitud focal intermitente frontotemporal izquierda y la RMN mostró fenómenos microangiopáticos, múltiples infartos cavitados (pontinos, talámicos y en ganglios basales), lesión isquémica frontal izquierda en evolución y atrofia pontina. En el examen mental se observó paciente vigil, orientado, con episodios abruptos de llanto inmotivado y resolución súbita. Se inició sertralina 50 mg/día y melatonina 6 mg nocturna, programándose control en un mes.

Discusión y conclusiones: El SPB se origina por desconexión entre la corteza prefrontal y el tronco encefálico, lo que genera una desinhibición motora de la expresión emocional. Su diagnóstico es clínico, basado en episodios de risa o llanto no congruentes con el afecto, de inicio súbito y breve duración. En este caso, los múltiples infartos subcorticales y la atrofia pontina configuran un sustrato anatómico típico. La coexistencia de depresión post-ACV es frecuente y requiere diferenciación terapéutica. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como sertralina, fluoxetina y citalopram han demostrado eficacia; la combinación de dextrometorfano/quinidina, aprobada en Estados Unidos y Europa, actúa sobre receptores NMDA y sigma-1 con reducción significativa de la labilidad emocional. Este caso destaca la necesidad de reconocer el SPB como entidad clínica distinta, optimizando el manejo farmacológico y psicoeducativo para mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: Pseudobulbar Affect, Stroke, Emotional Lability

SÍNDROME SEROTONINÉRGICO, SECUNDARIO A UNA REACCIÓN ADVERSA A FÁRMACOS. IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA

Autores: Palomino Castro Michelle (1); Mercado Ávalos María Ignacia (1), Alvear Violic Matías (1), Muñoz González Cristian Daniel (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Paipote, Copiapó. (2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Salvador Allende Gossens, Tierra Amarilla.

Introducción: El síndrome serotoninérgico es un diagnóstico clínico que abarca una serie de hallazgos al examen físico neurológico y que es producido por el uso de ciertos fármacos, sobredosificación de fármacos o interacción fármaco-fármaco, con una importante morbilidad y mortalidad cuando se presenta, si es que no se llega a un diagnóstico precoz, que en la mayoría de los casos es facilitado por el conocimiento acabado de los fármacos que uso habitualmente el pacientes, lo que ha usado en las últimas horas y antecedentes médicos relevantes. Habitualmente se presenta en edades extremas y en pacientes con condiciones de fragilidad.

Presentación del caso: En esta ocasión se evaluó el caso de una paciente femenina de 25 años de edad, con antecedentes de un síndrome ansioso en tratamiento con Fluoxetina 20mg/d de inicio reciente, quien, mientras se encontraba en su trabajo, debuta con disartria progresiva, asociado a acatisia. Es derivada al servicio de urgencia, donde se constata al examen físico alteración del lenguaje, fiebre hasta 38°, taquicardia. Se planteó como hipótesis diagnóstica un Accidente cerebrovascular vs infección del sistema nervioso central. Se realiza Tomografía de cerebro que resulta sin hallazgos patológicos. Evoluciona con desviación mandibular a derecha e importante dolor a nivel de articulación temporomandibular ipsilateral. Al reevaluar, paciente aporta que durante la mañana había presentado cuadro nauseoso en relación a uso de Fluoxetina, por lo que se auto administró un comprimido de Metoclopramida 10mg/d, logrando con esto esclarecer el diagnóstico de un Síndrome serotoninérgico secundario a la interacción farmacológica. Se administraron benzodiacepinas IM como tratamiento, mejorando la sintomatología rápidamente.

Discusión y conclusiones: Pese a que este efecto adverso conocido de la Metoclopramida es bastante infrecuente puede llegar a ser mortal, aumentando la probabilidad al combinarlo con otros fármacos con acción serotoninérgica, siendo así más probable la presentación en pacientes jóvenes, suponiendo un desafío diagnóstico. Un apoyo en el diagnóstico son los Criterios para la toxicidad Serotoninérgica de Hunter, que han aumentado su sensibilidad y especificidad respecto a criterios anteriores para el diagnóstico de esta patología, sin embargo, es necesario realizar una buena anamnesis para poder llegar a una sospecha inicial de forma precoz.

Palabras clave: Disartria, Fármacos serotoninérgicos, Toxicidad.

SINGULTO PERSISTENTE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN SÍNDROME MEDULAR LATERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Lagos Fernández Gabriela (1); Huidobro Navarro Javiera (1), Martínez Sánchez Matías (2), Rojas Escobar Sofía (3)

Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, Hospital del Salvador de Peumo, Peumo. (2) Médico General de Zona, Hospital de San Vicente Tagua Tagua, San Vicente. (3) Interna de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago.

Introducción: Entre el 20-25% de los accidentes cerebrovasculares (ACV) ocurren en la circulación posterior, siendo el síndrome medular lateral o de Wallenberg el más común. Su presentación inicial suele ser inespecífica, dificultando el diagnóstico temprano. Los síntomas frecuentes incluyen mareos, hemiparesia, disartria, cefalea, náuseas, vómitos, visión borrosa y disfagia. Se han descrito casos con singulto persistente como manifestación clínica, lo que, al ser un síntoma inusual, retrasa el diagnóstico oportuno. El estudio inicial incluye tomografía computarizada (TC) sin contraste, aunque la resonancia magnética (RM) es más sensible. El manejo contempla trombólisis o trombectomía endovascular según el caso. Se presenta paciente con singulto persistente como primera manifestación de un síndrome medular lateral.

Presentación del caso: Hombre de 60 años, hipertenso y diabético tipo 2, consulta por singulto de 72 horas de evolución. Ingresa hemodinámicamente estable, sin hallazgos relevantes al examen físico. Se realizan maniobras vagales y se administran clorpromazina, metoclopramida, hidrocortisona, haloperidol y lorazepam. En reevaluación se evidencia nistagmo rotacional no agotable, head impulse test y test de Skew no evaluables, persistencia de singulto. Ante sospecha de nistagmo de origen central y singulto refractario, se deriva. Evaluado por neurología, se constata disartria, nistagmo rotacional sin latencia ni agotamiento, sin mejoría con fijación ocular, test de Skew negativo, fuerza M4 en extremidades derechas y prueba de Barany positiva con lateralización a derecha. La TC cerebral muestra lesión secuelar en corona radiada izquierda. Se plantea ACV de territorio posterior en evolución, se hospitaliza para neuroprotección y se realiza RM encéfalo protocolo stroke dado su rendimiento en lesiones troncoencefálicas, que confirma lesión isquémica bulbar lateral derecha.

Discusión y conclusiones: El singulto es generalmente benigno y autolimitado, pero el persistente (más de 48 horas) es poco común y amerita estudio para identificar patología subyacente. Su centro neuroanatómico no se conoce con precisión, aunque se cree que involucra el troncoencéfalo, centros respiratorios, núcleos del nervio frénico, formación reticular medular e hipotálamo. Puede observarse en ACV, tumores, encefalitis, esclerosis múltiple. El ACV de circulación posterior afecta frecuentemente el bulbo medular, pudiendo provocar singulto persistente. Reconocer este signo facilita un diagnóstico precoz y mejora el pronóstico en una patología tiempo-dependiente.

Palabras clave: Accidente Cerebrovascular, Bulbo Raquídeo, Síndrome Medular Lateral

SÍNTOMAS COGNITIVOS EN ADULTA MAYOR SECUNDARIOS A TRASTORNO DEL ÁNIMO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Villa Sánchez, Felipe Andrés. Médico EDF. (1); Campos Robledano, Manuel. Médico EDF. (1) Muñoz Pino, Valentina. Médico EDF. (2) Lizarrague Frau, Josefa. Médico EDF. (3)
Afiliaciones: (1) CESFAM Hualqui, Región del Bío Bío. CESFAM La Junta, Cisnes, Región de Aysén. (2) CESFAM Los Cerros, Talcahuano, Región del Bío Bío.

Introducción: Las enfermedades crónicas no transmisibles constan cada vez más de mayor incidencia y prevalencia (1) lo que en gran medida se asocia directamente con disminución de la natalidad y mayor esperanza de vida (1,2). Por lo que se espera que esta tendencia siga al alza. Entre estas enfermedades, se encuentra el trastorno cognitivo mayor (1), el cual se caracteriza por deterioro de funciones cognitivas de forma progresiva que se traduce en un significativo deterioro en la funcionalidad e independencia del individuo, especialmente de adultos mayores. Por otra parte, la depresión clínica, es un trastorno frecuente en este grupo, muchas veces a la soledad y aislamiento que padecen (3). Es por esto que se hace importante reconocer y relacionar estos trastornos en adultos mayores que consultan, en su mayoría, por quejas subjetivas de memoria, la cuál puede ser común en los dos cuadros clínicos mencionados, estableciendo así la importancia de esta revisión.

Presentación del caso: Adulta mayor sexo femenino de 70 años de edad, consulta en primera instancia por clínica caracterizada por olvidos recurrentes de 6 meses de evolución, que son notados por la misma usuaria y por la familia de la misma, lo que produce angustia que ha aumentado a raíz del mismo cuadro, pues cree que podría ser enfermedad de Alzheimer. Tiene antecedentes de Hipertensión arterial primaria y dislipidemia en tratamiento farmacológico con buen control metabólico. Se realizan exámenes tales como Perfil bioquímico, VDRL, Serología VIH, Función tiroidea y Vitamina B12 sérica para descarte de causa secundaria, los que resultan normales. Al profundizar anamnesis, se pesquisa que inicio de síntomas coinciden con ansiedad asociada a diagnostico de hija que evoluciona paulatinamente a ceguera, por lo que se determina un trastorno adaptativo como diagnostico diferencial. Se decide manejo con Sertralina 50 mg con inicio progresivo y de forma paralela se presenta en teleconsultoría con unidad de la memoria de hospital de referencia. Se evalúa paciente nuevamente a los 3 meses, con mejoría significativa de sintomatología ansiosa depresiva y autorreporte positivo con respecto a quejas subjetivas de memoria. Lo que en coordinación y notificación con nivel secundario se evalúa mantener manejo y seguimiento a mediano y largo plazo.

Discusión y conclusiones: Es importante educar al personal médico y a la población en referencia al abordaje clínico, despeje diagnostico y tratamiento de los cuadros neuropsiquiátricos que se pesquisan en atención primaria. Donde se hace relevante evaluar al usuario desde la mirada biopsicosocial y profundizar acuciosamente en la historia clínica y antecedentes relevantes para un óptimo manejo.

Palabras clave: Pseudodemencia, Adulto mayor, salud mental, depresión.

SIRINGOBULBIA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE POLITRAUMATISMO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Rodolfo Vergara Quinchagual (1); Condeza Espinoza Nicol (2); Jasmin Contreras Castillo (2)

Afiliaciones: (1) Neurólogo, Hospital Intercultural Kallvu Llanka, Cañete. (2) Médico general de zona, Hospital Intercultural Kallvu Llanka, Cañete

Introducción: La siringobulbia es un trastorno progresivo poco frecuente del sistema nervioso central, caracterizado por la formación de una cavidad llena de líquido —llamada siringe— en el tronco encefálico. Esta patología puede presentarse como una complicación tardía de la siringomielia o, más raramente, como una condición aislada, lo cual es extremadamente inusual. Se han propuesto diversos mecanismos para explicar la formación de la siringobulbia concurrente con siringomielia. los que sugieren la ruptura de la siringe cervical paracentral con extensión rostral resultando en la formación en el tronco encefálico, o la dilatación y propagación del canal central espinal hacia el bulbo raquídeo y el tronco encefálico En cuanto a la siringobulbia aislada, un posible mecanismo sería la extravasación y entrada de líquido desde los espacios perivasculares y cisternas hacia el tronco encefálico, fenómeno que podría ocurrir en el contexto de un traumatismo craneoencefálico (TEC).

Presentación del caso: . Hombre de 54 años, con antecedentes de politraumatismo severo en los años 1991 y 2015. Consulta por cuadro que inicia en febrero de 2025 consistentes en parestesias de hemicuerpo izquierdo, que evolucionan en el transcurso de una semana a paresia braquial izquierda, y posteriormente, una semana más tarde, a paresia en la pierna izquierda. En cada uno de los cambios sintomatológicos consulta en servicio de urgencias, siendo dado de alta, en tercera consulta se deriva a Neurología que decide ingreso hospitalario bajo diagnóstico de tetraparesia espástica. Como estudio inicial se toma tomografía axial computarizada cerebral: Lesión expansiva quística en la región bulbo-medular. Posteriormente Resonancia magnética cerebral describe formación quística bulbar compatible con siringobulbia, con extensión cervical hasta los niveles C3–C4. Paciente derivado a neurocirugía para tratamiento, actualmente con resolución pendiente.

Discusión y conclusiones: La siringobulbia aislada como en el caso presentado, es una complicación poco frecuente asociada al traumatismo craneoencefálico, pero debe considerarse dentro de las posibilidades diagnósticas ante pacientes con cuadros neurológicos, aún más los de rápida instauración y el antecedente de TEC, dado el pronóstico incluso ominoso al que puede conducir

Palabras clave: Bulbo Raquídeo, Quistes del Sistema Nervioso Central, Traumatismos Craneocerebrales

SOSPECHA DE GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS (SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS) EN ATENCIÓN PRIMARIA:

Autores: Núñez Palma Natalia (1); Catril Rozas Bastián (1), Pizarro Pérez Eduardo (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Requínoa, Requínoa, Chile. (2) Médico General de Zona, CESFAM Rosario, Rengo, Chile.

Introducción: La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA), conocida como síndrome de Churg-Strauss, es un tipo poco común de vasculitis. Se caracteriza por inflamación granulomatosa y eosinofilia, lo que conduce a daño multiorgánico. La gran mayoría de los pacientes presentan previamente asma, es por esto que los médicos deben estar alerta de EGPA ante asma y eosinofilia >10%. Se expone el caso de una paciente con cuadro de púrpura, que por sus antecedentes levanta la sospecha de EGPA en atención primaria.

Presentación del caso: Paciente de 71 años con antecedente de asma, hipereosinofilia, artritis reumatoides (AR), polineuropatía diabética. Se presenta con un cuadro de púrpura en extremidades inferiores. En los exámenes destaca marcadores inflamatorios elevados (VHS 53 mm/hora y Proteína C Reactiva 53,6 mg/l), eosinofilia de 31%, plaquetas normales. Se deriva a hematología en sospecha de vasculitis tipo EGPA. Pacientes firma y acepta consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) es una vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) que se caracteriza por asma, vasculitis necrosante infiltrativa, granulomas extravasculares, eosinofilia e infiltración multiorgánica. A pesar de la asociación entre EGPA y ANCA, solo el 30%-40% de EGPA producen ANCA. Por lo tanto, los pacientes se pueden dividir en dos subtipos: ANCA positivos que típicamente experimentan síntomas relacionados con vasculitis (púrpura, neuropatía, síndrome pulmonar-renal) y ANCA negativos que son más propensos a experimentar síntomas por eosinófilos (infiltrados pulmonares, miocardiopatía). No se conoce la causa, pero se sospecha una interacción entre factores genéticos y ambientales. El diagnóstico se realiza mediante criterios clínicos, eosinofilia (>10%), biopsias que demuestren vasculitis granulomatosa, y estudios serológicos (como la presencia de anticuerpos ANCA). La EGPA responde generalmente a glucocorticoides, en casos graves o refractarios combinados con inmunosupresores como ciclofosfamida o metotrexato. Recientemente, se ha evaluado el uso de terapias biológicas como mepolizumab, que ha mostrado efectividad para reducir la actividad de la enfermedad. El pronóstico depende de la gravedad de la afectación orgánica. Sin tratamiento, puede ser mortal, pero con terapia adecuada, la remisión es alcanzable en la mayoría de los casos. Complicaciones como daño cardíaco o insuficiencia renal son determinantes del pronóstico.

Palabras clave: Asma, Eosinofilia, Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis, Vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos.

SOSPECHA DE MIOPATÍA INFLAMATORIA E IMPORTANCIA DE DERIVACIÓN PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Cabeza Yáñez Francisca (1); Catalán Yusta, Karla (1); Betancur Caro Álvaro Ignacio (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Santa Laura, El Bosque, Santiago (2) Médico General de Zona, CESFAM Raúl Brañes Farmer, San Bernardo, Santiago

Introducción: Las miopatías inflamatorias (MI) son un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes musculares, infrecuentes, que incluyen dermatomiositis, polimiositis, miopatía por cuerpos de inclusión y miopatía necrosante autoinmune. Clínicamente se manifiestan por debilidad proximal simétrica de instalación subaguda, lesiones cutáneas (en dermatomiositis), además de compromiso extramuscular. Puede cursar con elevación de creatinquinasa total (CK) además de la presencia de autoanticuerpos específicos. Su reconocimiento precoz en atención primaria en salud (APS), derivación oportuna y tratamiento temprano previenen discapacidad y morbimortalidad.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una paciente femenina de 63 años, previamente autovalente, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus e hipotiroidismo de reciente diagnóstico; en manejo con enalapril, atorvastatina, metformina y levotiroxina. Consultó en múltiples ocasiones en APS por cuadro de 4 meses de evolución de mialgias generalizadas, donde fue diagnosticada con síndrome del manguito rotador bilateral, bursitis de la cadera, y tendinopatía del glúteo bilateral. En última morbilidad, acudió en silla de ruedas, con marcada disminución de autovalencia, disartria sin afasia, disfagia ilógica, y debilidad muscular proximal marcada. Al examen físico destacó palidez de mucosas, paresia de extremidades superiores e inferiores, dificultad para el sostén cefálico, sin focalidad neurológica sugerente de accidente vascular. Se solicitaron exámenes prioritarios que evidenciaron anemia normocítica normocrómica leve, trombocitosis, aumento de VHS, PCR en 150 mg/L, LDH en 1.238 U/L, CK total en 15.931 U/L, perfil hepático con aumento severo de transaminasas. Bajo este contexto, se sospechó de miopatía inflamatoria con criterios de gravedad (riesgo de compromiso del fuelle y falla ventilatoria) y se derivó a urgencia hospitalaria para estudio y manejo. Información familiar posterior señaló que, durante la hospitalización, la paciente requirió soporte ventilatorio y recibió pulsos de glucocorticoides con evolución clínica favorable, pendiente estudio serológico y biopsia de MI.

Discusión y conclusiones: Este caso enfatiza la importancia de aumentar la sospecha diagnóstica de las MI, evitando atribuir de forma persistente los síntomas a patología musculoesquelética mecánica. Además de evitar retrasos en el diagnóstico y tratamiento debido a su potencial morbimortalidad. El diagnóstico temprano y el manejo con inmunosupresores mejoran significativamente el pronóstico de los pacientes.

Palabras clave: Enfermedades autoinmunes, Miopatía inflamatoria, Mialgias

SOSPECHA DE NEUTROPENIA FEBRIL EN UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO

Autores: Martínez Sánchez Matías (1); Lagos Fernández Gabriela (2), Arancibia Catalán Aníbal (3)
Afiliaciones: (1) Médico general de zona, Hospital de San Vicente de Tagua Tagua. San Vicente (2) Médica general de zona, Hospital del Salvador de Peumo, Peumo. (3) Interno de Medicina, Universidad Diego Portales.

Introducción: La neutropenia febril constituye una urgencia médica que requiere diagnóstico y tratamiento inmediato por su alta mortalidad (1). El desafío se amplifica en hospitales de baja complejidad, donde la falta de antibióticos de amplio espectro limita las opciones terapéuticas. La identificación precoz y el inicio de cobertura empírica dirigida a gérmenes prevalentes son claves para mejorar el pronóstico.

Presentación del caso: Paciente masculino de 56 años, con antecedente de hepatopatía crónica por consumo de alcohol, consulta en hospital comunitario por disnea progresiva de tres días. Ingresa con saturación de O 2 de 75%, frecuencia respiratoria 36, presión arterial 75/50 mmHg y temperatura 37.8 °C. En el examen físico se encuentra vigil, atento, conversando, con uso de musculatura accesoria y crepitaciones bilaterales. Exámenes: leucocitos 380/µL, plaquetas 68.000/µL, lactato 16.1 mmol/L, acidosis metabólica con pH 7.29 y HCO_3^- 10. Rx de tórax: condensación basal derecha. Se diagnostica sepsis respiratoria en contexto de neutropenia febril. Ante la ausencia de antibioticos de amplio espectro y previo al resultado de los exámenes, se opta por esquema empírico con ampicilina/sulbactam endovenoso, ajustado a la epidemiología local. Se inicia oxigenoterapia con necesidad de “Pulmodyne”, hidratación y broncodilatadores, con traslado a centro de mayor complejidad.

Discusión y conclusiones: Los principales agentes implicados en neutropenia febril son E. coli, Klebsiella spp., Pseudomonas aeruginosa y cocos grampositivos como Staphylococcus aureus y Staphylococcus coagulasa negativa (2). En contextos con limitaciones terapéuticas, la literatura respalda combinaciones alternativas (como ceftazidima + amikacina o ceftriaxona + amikacina) que cubren adecuadamente bacilos gramnegativos y Pseudomonas (4) incluso, se podría agregar Ampicilina/Sulbactam para cobertura de anaerobios y gram positivos. La sospecha temprana y la estratificación clínica son esenciales para iniciar tratamiento oportuno y reducir la mortalidad, incluso antes de la confirmación microbiológica (3). El reconocimiento temprano de la neutropenia febril en hospitales de baja complejidad es fundamental. Protocolos adaptados a la disponibilidad de recursos y la epidemiología local pueden optimizar el manejo empírico y servir como puente terapéutico hasta la derivación a centros de mayor complejidad.

Palabras clave: Neutropenia febril, sepsis, hospital de baja complejidad, terapia antibiótica empírica, infecciones en inmunosuprimidos.

¿Sospecha neoplasia? Descarte tuberculosis: Reporte de un caso

Autores: Koryzma Hermosilla, Martina (1); González Limidoro, Javier (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Juan E. Lozic Pérez, Servicio de Salud Magallanes, Puerto Natales (2) Médico General de Zona, Hospital Dr. Augusto Essman Burgos, Servicio de Salud Magallanes, Puerto Natales

Introducción: La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa causada por organismos de la familia Mycobacterium tuberculosis, que puede generar compromiso pulmonar (81.2%) y extrapulmonar (18.2%). La tuberculosis miliar corresponde a la forma progresiva y ampliamente diseminada por vía hematógena. La clínica es variable, siendo frecuente el síndrome consuntivo, fiebre, diaforesis nocturna; y menos frecuente la respiratoria, abdominal y musculoesquelética. La TBC abdominal puede afectar desde esófago a ano, peritoneo, órganos abdominales sólidos y linfonodos, siendo gastrointestinal lo más común. La presentación es inespecífica, provocando dificultades en su diagnóstico. En un reporte chileno de 7 casos de TBC abdominal, 2 tenían compromiso intestinal y ambos debutaron con abdomen agudo.

Presentación del caso: Paciente femenina de 84 años con hipertensión y enfermedad renal crónica IIIa, con historia de astenia, anorexia, sudoración nocturna, baja de peso de 9 kg en 1 año y pérdida de funcionalidad (Lawton y Brody de 8/8 a 3/8). Ante sospecha de neoplasia gastrointestinal, se solicita test de Weber, que resulta positivo. Se complementa con estudio colonoscópico que demuestra pólipos en colon transverso y sigmoides, ambos biopsiados con resultado positivo para tuberculosis. Se realiza tomografía axial computada de tórax que demuestra múltiples nódulos de pequeño tamaño de distribución y caverna de paredes gruesas a nivel de língula, sugerentes de tuberculosis miliar. Se realiza PCR tuberculosis en esputo con resultado positivo, sin genes de resistencia; y VIH con resultado negativo. Se confirma diagnóstico de tuberculosis miliar con compromiso pulmonar e intestinal. Se indica aislamiento aéreo y se inicia tratamiento fase inicial ajustada por peso con 3 comprimidos de dosis fija combinada (DFC) con Rifampicina 150 mg + Isoniacida 75 mg + Pirazinamida 400 mg + Etambutol 275 mg más profilaxis de neuropatía por Isoniacida con Piridoxina por ERC, según esquema ministerial. Actualmente, cursando día 13 de administración DFC, sin reacciones adversas a medicamento (RAM) pesquisadas.

Discusión y conclusiones: La TBC es una patología que sigue presente en Chile. 1 de cada 5 casos son extrapulmonares, cuyas manifestaciones clínicas constituyen un desafío diagnóstico. En el caso presentado, hubo ausencia de sintomatología pulmonar e intestinal, difiriendo de lo reportado. Es imperativo considerar la tuberculosis como diagnóstico diferencial de neoplasia.

Palabras clave: Síndrome de consunción, Tuberculosis gastrointestinal, Tuberculosis miliar

SOSPECHA PRECOZ DE DISQUINESIA TARDÍA EN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA: IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores: Uribe Roncallo Edgardo (1)
Afiliaciones: (1) Médico General, COSAM Reloncaví, Puerto Montt, Chile.

Introducción: La disquinesia tardía (DT) es un trastorno del movimiento caracterizado por movimientos involuntarios o distónicos, secundarios al uso prolongado de antipsicóticos, especialmente los de primera generación. Su identificación temprana es fundamental, ya que la progresión puede generar discapacidad funcional y afectación comunicativa. En pacientes con esquizofrenia de larga evolución, la detección oportuna por parte de médicos generales permite una derivación temprana a especialistas, evitando secuelas graves. El presente caso destaca la relevancia del reconocimiento precoz de la DT en el nivel primario de atención y la importancia de un abordaje interdisciplinario posterior.

Presentación del caso: Paciente femenina de 54 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, en tratamiento desde 1992. Inició su cuadro psicótico a los 20 años y presentó una segunda recaída en 1999 por abandono del tratamiento, tras lo cual se instauró terapia con flufenazina decanoato (Modecate®) intramuscular. Luego presentó movimientos involuntarios en mandíbula, protrusión lingual y disartria, sin síntomas psicótico. Consultó en atención primaria, donde el médico general sospechó disquinesia tardía y la derivó a psiquiatría, quien confirmó el diagnóstico, suspendió el antipsicótico inyectable, dejando olanzapina 15 mg/día con buena respuesta. Además, derivó a neurología y fonoaudiología en el Hospital de Puerto Montt para rehabilitación. En 2019 ingresó a seguimiento en COSAM, manteniendo la misma dosis, con remisión psicótica sostenida y secuela residual de disartria leve, sin nuevas complicaciones motoras. La paciente otorgó consentimiento informado para el uso académico del caso.

Discusión y conclusiones: Este caso evidencia la importancia del rol del médico general en la sospecha temprana de disquinesia tardía, complicación potencialmente irreversible del tratamiento antipsicótico. La observación clínica permitió la derivación oportuna al psiquiatra tratante, y permitió evitar mayores secuelas. El caso resalta la necesidad de fortalecer la formación de los equipos de atención primaria en la detección de efectos extrapiramidales, la vigilancia farmacológica prolongada y la coordinación entre niveles asistenciales. Destaca la relevancia del seguimiento continuo ante posibles efectos adversos al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia crónica.

Palabras clave: Antipsicóticos, Atención Primaria de Salud, Disquinesia Tardía, Esquizofrenia Paranoide

SOSPECHA PRECOZ DE VASCULITIS ASOCIADA A ANCA: DETECCIÓN DE HEMORRAGIA ALVEOLAR Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Zegarra Valenzuela Sofía Paz (1); Stuardo Castillo Isidora Patricia (2), Murúa Plaza Renata Lorena (3), Astudillo Belmar Theare Paz (4)
Afiliación: (1) Médico General de Zona, CESFAM Quinta de Tilcoco/CECOSF Guacarhue, Quinta de Tilcoco (2) Médico General de Zona, Hospital de Villarrica, Villarrica. (3) Médico General de Zona, Hospital de Chimbarongo, Chimbarongo, (4) Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.

Introducción: La Hemorragia Alveolar Difusa (HAD), manifestación de una Vasculitis ANCA (como la Granulomatosis con Poliangeítis variante MPO), es una emergencia reumatológica que requiere diagnóstico y tratamiento inmunosupresor precoz para evitar la insuficiencia respiratoria y el daño orgánico irreversible. Su presentación inicial puede ser solapada, retrasando el manejo oportuno. Se reporta un caso de HAD en una paciente con múltiples comorbilidades y antecedentes de tabaquismo, destacando la importancia de la alta sospecha clínica ante síntomas pulmonares crónicos y persistentes.

Presentación del caso: Paciente femenino de 57 años con diabetes, hipertensión, obesidad y antecedente de tabaquismo crónico. Consultó inicialmente por expectoración hemoptoica matinal y tos de 5 meses de evolución. Tras múltiples consultas al servicio de urgencias y una hospitalización por insuficiencia respiratoria aguda, el estudio reveló un patrón de neumopatía intersticial inespecífica (NSIP) e imágenes de relleno alveolar. La fibrobroncoscopía (FBC) con biopsia transbronquial y el Lavado Broncoalveolar (LBA) fueron compatibles con HAD. El estudio de autoinmunidad confirmó un perfil ANCA p (+), MPO (+) en títulos altos, estableciendo el diagnóstico de Vasculitis ANCA con compromiso pulmonar. Se inició tratamiento de inducción con bolos de metilprednisolona seguidos de Azatioprina oral, logrando la remisión de la hemorragia. A pesar de una hospitalización posterior por Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) grave, el tratamiento inmunosupresor ha logrado mantener la estabilidad funcional (con mejoría en la prueba de caminata de 6 minutos) y radiológica (NSIP residual). El Consentimiento Informado para la publicación del caso está disponible.

Discusión y conclusiones: Este caso ilustra un diagnóstico complejo de Vasculitis ANCA, solapado por comorbilidades como la DM2 y el antecedente de COVID-19. La sospecha precoz de una etiología autoinmune ante la hemoptisis crónica permitió iniciar el tratamiento inmunosupresor. Aporte a la Comunidad Científica: Este reporte evidencia que la detección temprana y el tratamiento de inducción agresivo logran la remisión clínica del componente hemorrágico y preservan la función pulmonar a largo plazo, a pesar de las comorbilidades y las infecciones intercurrentes. Se recomienda la estratificación rápida de pacientes con HAD de etiología incierta y con ANCA positivo para iniciar terapia inmunosupresora de forma oportuna.

Palabras clave: Enfermedad Pulmonar Intersticial, Hemorragia Alveolar, Vasculitis.

STRUMA OVARII: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN BREVE DE LA LITERATURA:

Autores: Gardella Cares Giovanna (1); Riquelme Reyes Camila (2)
Afiliaciones: (1) Medico general de Zona, Hospital Santo Tomás de Limache. (2) Médico general de Zona, CESFAM de Quilpué

Introducción: El struma ovarii es un tumor ovárico infrecuente perteneciente al grupo de los teratomas monodérmicos, caracterizado por la presencia predominante de tejido tiroideo maduro. Representa cerca del 0,5–1% de los tumores ováricos y alrededor del 3% de los teratomas maduros. Su diagnóstico suele ser incidental, ya que la mayoría de las pacientes son asintomáticas o presentan síntomas inespecíficos derivados del efecto de masa. En ocasiones excepcionales, puede asociarse a hipertiroidismo clínico o a transformación maligna. La confirmación diagnóstica se realiza mediante estudio histopatológico, y el tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

Presentación del caso: Mujer de 52 años, con antecedentes de policonsumo de sustancias, hipotiroidismo y prolapso vaginal, multipara de 5, hospitalizada en contexto de pielonefritis aguda. Dado a persistencia de dolor abdominal se solicita tomografía computarizada abdominopélvica, que reveló una masa abdominopélvica sólida-quística de origen anexial derecho, de aproximadamente 15 cm, como hallazgo incidental. Posteriormente, la ecografía transvaginal mostró una lesión anexial derecha de 133×92×129 mm, multiloculada, con tabiques de 3 mm y vascularización moderada, clasificada como GIRADS 5 / ORADS 4. Los marcadores tumorales (β-HCG, AFP, CEA, CA 125 y CA 19-9) resultaron negativos, y la TSH se encontró en rango normal. Se programó una laparotomía exploratoria con intención de realizar anexectomía bilateral y corrección de prolapso. Durante la cirugía se observó una masa anexial heterogénea, friable y con múltiples adherencias, por lo que se efectuó histerectomía radical. La biopsia intraoperatoria confirmó el diagnóstico de struma ovarii. Debido al riesgo quirúrgico, no se completó corrección de prolapso en dicho procedimiento. La paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio y no presentó signos de recidiva en los controles posteriores.

Discusión y conclusiones: El struma ovarii constituye una entidad poco frecuente y de presentación inespecífica. Su diagnóstico diferencial incluye otras neoplasias anexiales complejas, por lo que debe considerarse incluso ante marcadores tumorales negativos. El manejo quirúrgico completo ofrece un excelente pronóstico, con baja tasa de recurrencia. Este caso destaca la importancia de mantener un alto índice de sospecha frente a masas anexiales atípicas, especialmente en mujeres posmenopáusicas

Palabras clave: Struma ovarii; Ovarian neoplasms; Teratoma, mature; Postmenopause; Case reports.

TAQUICARDIA VENTRICULAR COMO MANIFESTACION CLÍNICA DE UN INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO A PROPOSITO DE UN CASO:

Autores: Schnettler Ortega Christian (1); Vallebuona Lardé Giorgio (2); Diaz Ugaz Natalia (3)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Peumo, Peumo (2) Médico General de Zona, Hospital de Nancagua, Nancagua (3) Médico General de Zona, Hospital de Lolol, Lolol

Introducción: La taquicardia ventricular (TV) es una arritmia potencialmente letal y puede ser la primera manifestación de un infarto agudo de miocardio (IAM), especialmente en el contexto de isquemia transmural. Su reconocimiento oportuno es crucial para reducir mortalidad y complicaciones. Presentamos un caso de TV sostenida como presentación inicial de IAM en un adulto sin antecedentes IAM conocidos, atendido en un servicio de emergencias de un hospital de baja complejidad. El objetivo es describir las características clínicas, electrocardiográficas y el abordaje terapéutico inicial, destacando la importancia del diagnóstico precoz y la reperfusión inmediata en este escenario.

Presentación del caso: Paciente masculino de 75 años con hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, dislipidemia y asma. Presenta cuadro de dos semanas de mareos y caídas. El 26/08 consultó por dolor torácico súbito; signos vitales: FC 222 lpm. Ingresó a reanimación; ECG mostró taquicardia ventricular de complejo ancho regular. Se realizó cardioversión eléctrica sincronizada 200 J con sospecha de taquicardia ventricular hemodinámicamente inestable. ECG de control: ritmo sinusal 70 lpm, supradesnivel del ST (SDST) en aVR, V1–V3 e imagen de bloqueo completo de rama derecha; se indicó tenecteplasa 40 mg con criterios de reperfusión. Coronariografía urgente: estenosis crítica larga proximal–media de ADA con lesión aneurismática; otros vasos sin lesiones. Se indicó AAS, anticoagulación, y revascularización con cirugía cardiaca.

Discusión y conclusiones: La taquicardia ventricular como presentación inicial de un IAM sigue siendo un reto diagnóstico-terapéutico, pues puede enmascarar el ECG del infarto y exige cardioversión inmediata antes de confirmar el territorio isquémico. En este caso, la trombólisis con tenecteplasa ante IAM con SDST y TV revertida, seguida de coronariografía urgente que reveló lesión crítica proximal de la ADA y aneurisma, ilustra el valor de la reperfusión temprana y la necesidad de definir estrategia de revascularización frente a anatomía compleja. Por lo que las recomendaciones son priorizar cardioversión en TV inestable, activar reperfusión inmediata, y estratificar para cirugía vs ICP según anatomía y riesgo. Este caso aporta al resaltar la TV como “alarma” de isquemia transmural y la coordinación rápida entre trombólisis, traslado y angiografía para optimizar resultados y reducir mortalidad.

Palabras clave: Myocardial Infarction, Tachycardia, Electric Countershock

TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR FIBROSIS Y CIRROSIS HEPÁTICA EN CHILE (2019–2024), UN ESTUDIO PROSPECTIVO

Autores: Álvarez Lobo Tomás (1); Sotomayor Arribas Sebastián (2) Sotomayor Arribas Juan (3) Valdebenito Farias Cristobal (4)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM El Roble, Santiago (2) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile (3) Médico General de Zona, CESFAM San Pedro de Atacama, Antofagasta, Chile (4) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

Introducción: La fibrosis y la cirrosis hepática representan las etapas finales del daño hepático crónico, caracterizadas por la sustitución progresiva del parénquima hepático normal por tejido fibroso, con deterioro de la función hepática. Estas enfermedades constituyen un importante problema de salud pública por su alta morbimortalidad y carga asistencial. En Chile, las cirrosis se ubican entre las principales causas de muerte por patologías digestivas, asociadas principalmente al consumo crónico de alcohol, infecciones virales (hepatitis B y C) y causas metabólicas. El presente estudio, perteneciente al área epidemiológica y clínica, se realizó utilizando datos nacionales del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) con el objetivo de analizar la evolución y distribución de la tasa de egresos hospitalarios por estas patologías entre 2019 y 2024.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se analizaron los egresos hospitalarios por fibrosis y cirrosis hepática en Chile entre 2019 y 2024, con datos públicos del DEIS y del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se calcularon tasas de egreso hospitalario (TEH) por 100.000 habitantes, distribuidas según sexo y edad, y el promedio de días de hospitalización. Fórmula aplicada: TEH = (Egresos hospitalarios / Población total) × 100.000.

Resultados: Durante el período analizado, la TEH por fibrosis y cirrosis hepática mostró un aumento progresivo, con un incremento notorio en 2024. Se observó predominio masculino, con una TEH de 14,92 en hombres y 7,82 en mujeres durante 2024. Los adultos mayores de 65 años concentraron la mayor proporción de egresos hospitalarios, superando el 50% del total, mientras que los grupos menores de 45 años presentaron tasas significativamente menores. El promedio de estadía hospitalaria osciló entre 8 y 10 días, siendo más prolongado en el grupo de 45–64 años (11,2 días). Estos hallazgos reflejan una carga hospitalaria creciente asociada a las enfermedades hepáticas crónicas en Chile.

Discusión y conclusiones: Los resultados demuestran una tendencia ascendente en la TEH por fibrosis y cirrosis hepática en Chile durante 2019–2024, alcanzando su punto más alto en 2024. Este incremento puede atribuirse al aumento del diagnóstico, la persistencia del consumo de alcohol y la mayor prevalencia del síndrome metabólico. La predominancia masculina observada concuerda con estudios internacionales que describen una mayor exposición de los hombres a factores de riesgo hepático; sin embargo, la tendencia al alza en mujeres sugiere un cambio progresivo en los patrones de consumo y detección. El predominio de egresos en adultos mayores reafirma la naturaleza progresiva de las hepatopatías y el impacto acumulativo de los factores de riesgo a lo largo del tiempo. La duración media de hospitalización, más elevada en grupos mayores, se asocia a la complejidad clínica y comorbilidades. Comparado con la literatura, los

resultados nacionales se alinean con la tendencia global de aumento de las enfermedades hepáticas crónicas y cirróticas, reforzando la necesidad de fortalecer estrategias preventivas y de manejo integral. Este estudio contribuye al conocimiento epidemiológico local y aporta evidencia relevante para la planificación sanitaria, apoyando el diseño de políticas públicas orientadas a reducir la morbimortalidad asociada a la enfermedad hepática crónica.

Palabras clave: Cirrosis Hepática, Epidemiología, Fibrosis Hepática, Hospitalización, Chile.

TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR PSICOSIS INDUCIDA POR CANNABIS EN CHILE. ANÁLISIS NACIONAL 2021–2024

Autores: Contreras Muñoz Rubén (1); Paillao Nuñez Mario (2), Graterol Lannace David (3), Saavedra Aedo Constanza (4)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Pueblo Lo Espejo, Santiago, Chile. (2) Médico Cirujana, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (3) Médico Cirujano, CESFAM Malaquias Concha, Santiago, Chile. (4) Interna de Medicina, Universidad DIego Portales, Santiago, Chile

Introducción: El Trastorno Psicótico Inducido por Cannabinoides (TSIC) provoca síntomas psicóticos, como alucinaciones, delirios y alteraciones del pensamiento, desencadenados por el consumo de cannabis. Se diferencia de otras psicosis por vínculo temporal con el uso de cannabis y la remisión sintomatológica luego del consumo. Estudios sugieren que 17,7% de los casos de psicosis en los adolescentes chilenos se atribuyen a cannabis.

Materiales y métodos: Estudio de tipo observacional, descriptivo y cuantitativo con datos estadísticos del DEIS y del INE (n= 2.202 egresos). El análisis descriptivo se realizó con medidas de tendencia central. No requirió comité de ética.

Resultados: La mayor TEH fue en 2024 con 0.33/100.000 habitantes(hab), promedio de 0.28/100.000 hab durante el periodo analizado. El sexo con mayor TEH fue el masculino con 0,48/100.000 hab.(Anexo 1). El grupo de 15 a 19 años tuvo la mayor TEH con 0,78/100.000 hab, seguido de 20 a 44 años con 0,59/100.000 hab.(Anexo 2). El promedio de 20,36 días de hospitalización por paciente, mayor para el sexo femenino. (Anexo 3).

Discusión y conclusiones: Se evidencia un patrón de consumo mayor en hombres, los hombres tienden a consumir cannabis con más frecuencia y en mayores cantidades. Además, la bibliografía menciona que son menos sensibles a sus efectos, buscando mayores dosis para lograr el mismo efecto psicoactivo. El sistema endocannabinoide madura antes en mujeres, además se ha postulado a los estrógenos como un protector de psicosis, ambos aspectos confieren un perfil de protección a psicosis. Los adolescentes se encuentran en proceso de madurez neurológica con mayor riesgo de alteraciones ante sustancias nocivas, lo cual asociado a un consumo temprano, provoca mayores TEH por TSIC siendo concordante con la literatura internacional. El promedio de días de hospitalización es alto por la necesidad de remitir el cuadro psicótico y establecer redes de apoyo efectivas. El presente trabajo ofrece una visión actualizada del TSIC, dando información valiosa para mejorar las estrategias de pesquisa y tratamiento, con necesidades de énfasis en adolescentes.

Palabras clave: Psiquiatría, Hospitalización, Trastornos Psicóticos por consumo de cannabis

TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA, REPORTE DE CASO

Autores: Hamidi Vadeghani Majd Neshat (1).; Espinoza Correa Bastián (2), Cornejo Castillo Fernanda (1).
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM de Puaucho, Puaucho, San Juan de La Costa. (2) Médico General de Zona, Hospital de Purranque, Purranque.

Introducción: La Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (HHT), también llamada Síndrome de Rendu-Osler-Weber, es una enfermedad autosómica dominante con una prevalencia de 1:5000 (1). Se caracteriza por malformaciones vasculares en piel, mucosa nasal y tracto gastrointestinal, así como en cerebro, pulmones e hígado (2), que puede ocasionar sangrado severo. Se presenta el caso de una paciente con HHT con el objetivo de visibilizar esta condición que es poco frecuente pero de gran impacto.

Presentación del caso: Paciente femenina de 34 años, con antecedente materno de HHT. Con historia de más de 20 años de epistaxis, había requerido múltiples cauterizaciones. Sin otros sangrados evidentes. Consultó por aumento de frecuencia y cuantía de las epistaxis desde hace 4 meses, sin otros síntomas. Al examen físico destacaban telangiectasias en mucosa oral y extremidades superiores. Al laboratorio presentaba anemia leve y saturación de fierro disminuida, con resto de cinética de fierro normal, pruebas de coagulación, fibrinógeno y factor VIII de coagulación normales. Con este cuadro cumplía con los criterios de Curaçao para el diagnóstico de HHT (3). Se manejó con solución salina tópica con mala respuesta, por lo que inició ácido tranexámico oral, con lo que se ha mantenido con escaso sangrado y sin complicaciones. Consentimiento informado firmado.

Discusión y conclusiones: La epistaxis espontánea y recurrente es el síntoma más común de la HHT, pudiendo ser diario (4). Puede presentar hemorragias nasales graves y/o sangrado gastrointestinal importante (5). El 50% presenta malformaciones arteriovenosas pulmonares y el 10% presenta afectación cerebral (6). La HHT se puede diagnosticar clínicamente (criterios de Curaçao) o mediante la documentación de una variante genética (2). El tratamiento de la epistaxis puede abarcar desde la humidificación nasal hasta medidas más agresivas. Suele requerir suplementos de hierro y, en ocasiones, transfusiones de sangre (2). La HHT es infradiagnosticada (7). El diagnóstico permite un tratamiento adecuado para el paciente y su familia. El impacto de la HHT está emergiendo, y las pruebas genéticas están demostrando que más personas de lo estimado son afectadas por HHT (8). Es fundamental registrar estos casos, para que en un futuro próximo se puedan crear estándares de manejo más efectivos.

Palabras clave: Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria, Epistaxis, Telangiectasia.

TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS DE ATENCIONES REALIZADAS EN EL CESFAM LA BANDERA, OCTUBRE 2023–2024

Autores: Mattamala Aravena Tomas (1); Valdés Castro Benjamín (1), Godoy Navarro Carolina (1), Leiva Covarrubias Luna (2)
Afiliaciones: (1) Médico general de zona, Cesfam La Bandera, Santiago. (2) Interna de Medicina, Universidad de Santiago de Chile. Santiago.

Introducción: La implementación de la teledermatología en el sistema de Atención Primaria de Salud (APS) ha facilitado un acceso más oportuno a una especialidad tradicionalmente de difícil disponibilidad como dermatología. Esta herramienta permite al médico general ampliar su capacidad resolutiva mediante la orientación diagnóstica y terapéutica a distancia por parte del especialista. El presente estudio tiene como objetivo describir las atenciones de teledermatología realizadas en el CESFAM La Bandera entre octubre de 2023 y octubre de 2024, analizando la concordancia diagnóstica entre médico general y especialista, así como el nivel de resolución alcanzado en APS.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal basado en registros de la plataforma Hospital Digital. Se incluyeron todas las atenciones de teledermatología efectuadas entre octubre de 2023 y octubre de 2024 correspondientes al CESFAM La Bandera. Las variables analizadas fueron: Número total de atenciones realizadas. Nivel de resolución de los casos (APS vs. derivación a nivel secundario). Concordancia diagnóstica entre la sospecha inicial del médico general y la respuesta del dermatólogo especialista. Los datos fueron obtenidos mediante conteo simple. No se realizó análisis estadístico inferencial. Por tratarse de un análisis retrospectivo de registros anonimizados, no se requirió evaluación por comité de ética.

Resultados: Durante el período comprendido entre octubre de 2023 y octubre de 2024 se realizaron 116 atenciones de teledermatología a través de la plataforma Hospital Digital. La concordancia diagnóstica entre médico general y especialista fue del 77,6% (90/116), existiendo discrepancia en el 22,4% (26/116) de los casos. En cuanto al nivel de resolución, el 66,4% (77/116) de los pacientes fueron resueltos en APS, mientras que el 33,6% (39/116) requirió derivación a nivel secundario. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN Los resultados obtenidos muestran una alta concordancia diagnóstica entre el médico general y el dermatólogo especialista, lo que sugiere que la teledermatología constituye una herramienta efectiva para fortalecer la capacidad resolutiva en APS. La mayoría de los casos fueron manejados satisfactoriamente en el nivel primario, reduciendo la necesidad de derivación a especialistas y favoreciendo la continuidad de la aención. Estos hallazgos son consistentes con estudios nacionales e internacionales que respaldan la utilidad de la teledermatología como estrategia costo-efectiva en la atención primaria. Se recomienda continuar fortaleciendo su implementación mediante capacitación continua y monitoreo de resultados a largo plazo.

Palabras clave: Atención primaria, Dermatología, Teledermatología, Telemedicina

TÉTANOS GENERALIZADO SECUNDARIO A HERIDA PUNZANTE EN TALÓN DERECHO: REPORTE DE CASO

Autores: Venegas Sanhueza Matías (1); Mercado Núñez Bruno (1), Díaz Abuabuad Rashid (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Calbuco, Calbuco, Chile.

Introducción: El tétanos es una infección aguda causada por Clostridium tetani, bacilo anaerobio productor de la tetanospasmina, neurotoxina que bloquea la liberación de GABA y glicina, generando hiperexcitabilidad motora [1]. Aunque prevenible por vacunación, persiste como amenaza en contextos rurales y poblaciones con inmunización incompleta [3,4]. La presentación clínica puede simular patologías neurológicas o cardiovasculares graves, lo que dificulta su diagnóstico inicial en servicios de baja complejidad [2].

Presentación del caso: Hombre de 63 años, hipertenso, residente rural, consulta por herida punzante en talón derecho tras pisar clavo oxidado. Manejado ambulatoriamente como celulitis y con profilaxis antitetánica. A los cuatro días presenta dolor torácico irradiado al dorso, trismus, disfagia y rigidez cervical. Ingresa a urgencias con hipertensión severa y taquicardia; se sospecha síndrome aórtico agudo y se deriva a hospital de referencia, donde se confirma cuadro compatible con tétanos generalizado. Se administra inmunoglobulina antitetánica (3000 UI) y metronidazol EV, requiriendo ventilación mecánica prolongada, traqueostomía y manejo multidisciplinario. Evoluciona con espasticidad severa y tras 34 días hospitalizado, logra decanulación y recuperación funcional, continuando rehabilitación motora y fonoaudiológica.

Discusión y conclusiones: El tétanos persiste como causa de morbilidad grave en áreas rurales, especialmente en pacientes con inmunización incompleta o con desconocimiento de esquemas de refuerzo [5]. La sospecha clínica precoz y la comunicación efectiva entre niveles asistenciales fueron claves para el diagnóstico y manejo oportuno en este caso [2]. La experiencia refuerza la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, la educación sanitaria y la adherencia a esquemas de vacunación antitetánica en la población adulta [3,4].

Palabras clave: Palabras clave: Clostridium tetani, Tétanos, Neurotoxinas, Enfermedades infecciosas

TIÑA DE LAS BARBERÍAS, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Chaaban Díaz Amany (1); Tapia Letelier Pedro (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Departamento de Salud Hualañé, Hualañé. (2) Médico General, Centro de Salud Familiar Doctor Marcelo Lopetegui, Osorno. (3) Médico General, Centro de Salud Familiar Pudahuel Poniente, Santiago. (4) Médico General, Hospital del Salvador, Santiago.

Introducción: Las tiñas corresponden a infecciones micóticas superficiales causadas por dermatofitos, son frecuentes en la población general y se caracterizan clínicamente por placas eritematosas con descamación periférica. La Tinea capitis (TC) es una variante que compromete cuero cabelludo y se observa con mayor frecuencia en niños; en adultos puede afectar la región de la barba, denominándose Tinea barbae (TB). La TC clásicamente es causada por la especie Microsporum canis y la TB por Trichophyton verrucosum, Trichophyton mentagrophytes y Microsporum canis. Sin embargo, los últimos años se ha visto un aumento de casos por Trichophyton tonsurans, hongo capaz de transmitirse a través de fomites contaminados, particularmente frecuente en adolescentes y adultos jóvenes que acuden regularmente a barberías. La mayoría de los casos de tiña asociadas a barberías describen compromiso de cuero cabelludo, unos pocos de la barba.

Presentación del caso: Paciente masculino de 26 años, con antecedente de dermatitis atópica, consulta por placa eritematosa pruriginosa de 3 semanas de evolución en la región cervical anterosuperior izquierda, en el borde inferior de la barba. Niega lesiones similares previas. Al interrogatorio dirigido, refiere aparición de la lesión una semana después de haber acudido a barbería. Al examen físico se evidencia placa única, eritematosa, de bordes bien definidos, con descamación fina periférica, de 1 por 3 cm, sin compromiso del cuero cabelludo ni otras áreas. Con base en la clínica y antecedentes epidemiológicos, se sospechó una tiña de la barba, iniciándose tratamiento empírico con terbinafina tópica por el tamaño de la lesión, con resolución completa de ésta, sin recurrencias posteriores.

Discusión y conclusiones: En 2023, la Academia Española de Dermatología y Venereología emitió una alerta sobre el aumento de casos de “tiña de las barberías” asociados principalmente a Trichophyton tonsurans. En Argentina este fenómeno también ha sido descrito, probablemente vinculado al auge de las barberías y prácticas de higiene deficientes. En Chile, la condición probablemente está subdiagnosticada y hay escasas publicaciones al respecto, lo que podría subestimar su impacto real. La relación temporal entre la exposición y la aparición de la lesión es clave para el diagnóstico frente a otras dermatosis inflamatorias como el eczema numular y la dermatitis de contacto.

Palabras clave: Dermatitis atópica, Dermatofitosis, Tiña, Tiña capitis

TIÑA INCÓGNITA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Dabovich Stenger Lukas (1); Lobiano Campillay Camila Belén (2), Campos Mora Rodrigo (3)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Frutillar alto, Frutillar, Región de Los Lagos, Chile. (2) Médico General de Zona, CESFAM Antonio Varas, Puerto Montt, Región de Los Lagos, Chile. (3) Médico General de Zona, CESFAM Dr. David Benavente, Ninhue, Región de Ñuble, Chile.

Introducción: Este estudio de caso se centra en un caso clínico relevante debido a la alta prevalencia de las dermatofitosis en la consulta de atención primaria y del posible error diagnóstico que conduce al uso empírico de corticosteroides tópicos. Este manejo empírico resulta en una forma clínica modificada conocida como tiña incógnita, que complica el diagnóstico, retrasa el tratamiento definitivo y prolonga la morbilidad del paciente.

Presentación del caso: Paciente femenina de 49 años, consultó por una dermatosis pruriginosa en la base del 1er dedo de la mano izquierda de 3 semanas de evolución. La lesión inicial era una placa numular eritematosa de borde elevado de aproximadamente 1 cm de diámetro. Tras la administración de betametasona tópica por 1 semana por indicación médica, se observó evolución hacia una placa eritematosa extensa de márgenes difusos, sin la morfología anular clásica de tiña corporal. La presentación atípica dificultó el diagnóstico diferencial siendo diagnosticada en una segunda consulta como dermatitis de contacto. Posteriormente, usando la herramienta de teledermatología a través de hospital digital, se sugiere el estudio con micológico directo por la falta de resolución con la terapia esteroidal y la presentación morfológica atípica inducida por la misma. Al no contar con disponibilidad de estudio, su médico tratante decidió iniciar tratamiento que consistió en la suspensión del corticoide y el inicio de terapia antifúngica sistémica con terbinafina oral, con buena evolución.

Discusión y conclusiones: La tiña incógnita es una trampa diagnóstica común ya que la supresión inflamatoria por corticoides inhibe la respuesta inmune local, facilitando la proliferación y diseminación fúngica sin la morfología anular clásica. La principal recomendación de manejo en vista de este caso es mantener un alto índice de sospecha de tiña incógnita ante cualquier dermatosis atípica, crónica o que haya empeorado tras el uso de corticoides tópicos.

Palabras clave: Corticoesteroides, Dermatofitosis, Tiña corporal

TINEA CAPITIS ZOONÓTICA EN ADULTO TRAS CONTACTO CON GATO CALLEJERO: RELEVANCIA DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y EDUCACIÓN SANITARIA

Autores: Leiva Huerta Christian (1); Carrera Coronel Leonardo (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM La Florida, La Florida, Santiago. (2) Estudiante de medicina, Universidad Bernardo O'Higgins, Santiago

Introducción: La tinea capitis es una infección dermatofítica del cuero cabelludo, habitual en niños y rara en adultos, representando menos del 3 % de los casos. Su presentación en personas inmunocompetentes suele asociarse a transmisión zoonótica, especialmente por Microsporum canis (1). En atención primaria, el diagnóstico clínico y la anamnesis dirigida permiten sospechar el origen y orientar el tratamiento oportuno. Este caso muestra la importancia del enfoque integral y la educación sanitaria en la prevención de zoonosis.

Presentación del caso: Hombre de 58 años, sin comorbilidades, consultó por prurito y descamación del cuero cabelludo de tres semanas de evolución. Refiere que "un gato callejero comenzó a entrar al patio" y que solía alimentarlo y acariciarlo. Al examen se observó una placa redondeada alopécica, eritematosa y descamativa de 4 cm en región parietal izquierda, con bordes activos y leve adenopatía cervical. Se diagnosticó clínicamente tinea capitis zoonótica. Se indicó terbinafina 250 mg vía oral diaria por 4 semanas y shampoo de ketoconazol 2 % dos veces por semana. En control a 14 días, la lesión mostró disminución del eritema y prurito; a 4 semanas se evidenció resolución completa sin recidiva. Se entregaron medidas de higiene personal, manejo ambiental y orientación sobre control veterinario del felino. El paciente firmó consentimiento informado para publicación del caso.

Discusión y conclusiones: La tinea capitis zoonótica en adultos es infrecuente, pero su incidencia ha aumentado por el contacto cercano con animales domésticos y callejeros (2). El diagnóstico es principalmente clínico; la presencia de lesiones alopécicas descamativas con bordes activos es característica (3). Aunque el cultivo micológico confirma el agente, en APS el manejo empírico con terbinafina resulta eficaz y costo-efectivo (4). Este caso refuerza la importancia de la educación sanitaria, la pesquisa activa y la coordinación con veterinaria ante sospecha de zoonosis. La sospecha clínica y el tratamiento precoz con terbinafina permitieron la resolución completa de una tinea capitis zoonótica adquirida por contacto con un gato callejero. La educación sanitaria en APS es clave para prevenir zoonosis dermatofíticas y promover conductas seguras de convivencia con animales

Palabras clave: Dermatofitosis; Tinea capitis; Zoonosis;

TORMENTA INFLAMATORIA. SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA (SAM) SECUNDARIO A ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO (ES), A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: León Marchant Andrés (1); Bugueño Sierra Antonia (1), Schade Villagrán Catalina (1), Bravo Aranda Claudio (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de la Familia y Comunidad de Yumbel, Yumbel Médico General, Hospital de la Familia y Comunidad de Yumbel, Yumbel

Introducción: La linfohistiocitosis hemofagocítica (LHH) es una entidad clínica inflamatoria severa que conduce a falla multiorgánica rápidamente progresiva, implicando gran mortalidad precoz, requiriendo medidas de soporte y tratamiento inmediatos para disminuir su marcada letalidad secundaria. A continuación, presentaremos un fenotipo clínico secundario al debut de una mesenquimopatía.

Presentación del caso: Hombre de 46 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en extrasistema por 3 días de mialgias, fiebre y cefalea, dirigidamente relata realización reciente de ejercicio físico mayor al habitual. De manera remota y dirigida sólo refiere artralgias migratorias sin predominio anatómico de 25 años de evolución que se reactivan aproximadamente una vez por lustro, autolimitadas, sin lesiones cutáneas. Se solicita laboratorio para descarte de rabdomiólisis, objetivando enzimas musculares en plasma normales, pero con elevación severa de parámetros inflamatorios, injuria renal e hiperlactacidemia. Se deriva a centro hospitalario de referencia. Ingresa con hemodinamia estable, taquicárdico, febril. Se realiza reanimación vía catéter venoso central con administración de cristaloides y coloides con buena respuesta inicial. Ingresa para manejo antibiótico y evaluación por subespecialidades. Evaluado por hematología y reumatología, se complementa laboratorio con ferritina elevada, trombocitopenia, hipofibrinogenemia e hipertrigliceridemia. Debido a sospecha de debut de ES con SAM y tormenta de citoquinas (H score 212 puntos, más de 93% de probabilidad de LHH) se decide biopsia de médula ósea que confirma hemofagocitosis y se inicia tocilizumab para posterior esquema de etopósido. Paciente persiste con conflicto perfusional por shock distributivo refractario a medidas de soporte, falleciendo 20 días posterior a debut sintomático. Se solicita consentimiento informado a familiares.

Discusión y conclusiones: El SAM es una presentación clínica de la LHH secundaria (adquirida) a una patología autoinmune. Su mortalidad es del 10% - 15%, incluso con terapia intensiva instaurada. Aun cuando la ES es un desencadenante conocido, dado su pronóstico ominoso requiere un alto índice de sospecha e inicio de manejo agresivo aún sin su confirmación diagnóstica. Tanto los criterios clínicos como de laboratorio evaluados con una herramienta diagnóstica como el H score (que establece probabilidad diagnóstica) son claves para guiar las decisiones terapéuticas por parte del equipo multidisciplinario de especialidades y profesionales de la salud que deben manejar a estos pacientes.

Palabras clave: Linfohistiocitosis hemofagocítica, Shock, Síndrome de activación macrofágica

TORMENTA TIROIDEA A CAUSA DE CESE DE TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE GRAVES, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Villarroel Carvajal Brayan Andrés (1); Muñoz Rodríguez Catalina Ignacia (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Jorge Jordan Domic, Ovalle (2) Médico Atención Primaria de Salud, CESFAM Rául Silva Henríquez

Introducción: La tormenta tiroidea (TT) corresponde a una emergencia médica poco frecuente y potencialmente mortal. Su incidencia en Estados Unidos es aproximadamente de 0,57-0,76 casos por 100.000 habitantes. A la fecha, no se registran datos en Chile de su incidencia. Dentro de sus manifestaciones clínicas se presentan taquicardia, palpitaciones, sudoración, fiebre, náuseas, vómitos, compromiso de consciencia. Estas se deben al estado hipermetabólico secundario al aumento excesivo de las hormonas tiroideas. Entre sus principales factores desencadenantes son las infecciones, traumatismos, cirugías, tromboembolismos, trabajo de parto y una mala adherencia o cese de tratamiento.

Presentación del caso: Femenina de 24 años, con antecedente de Resistencia a la insulina e hipertiroidismo por enfermedad de Basedow Graves, en tratamiento con metimazol y propranolol. Suspende terapia por 6 meses. Posteriormente consulta en servicios de urgencias por aumento de volumen doloroso y eritema en extremidad inferior izquierda (EEII) de 2 semanas de evolución. Se asocian palpitaciones, diaforesis profusa, temblores, ansiedad, dificultad en conciliación y mantención del sueño. A su ingreso destaca, febril 39.5°C, frecuencia cardiaca 132, agitación. Al examen físico: exoftalmo bilateral, aumento de volumen región cervical, en EEII izquierda, aumento de volumen, placa eritematosa mal delimitada, calor, dolorosa a la palpación. Laboratorio destaca: TSH<0.04 mU/L, T4 libre 6.5 ng/ML, leucocitosis. Ecografía de tiroides: bocio, 2 nódulos sólidos, hipoecogénicos unilateral (4 y 6 mm), no vascularizados. Se aplica Score de Burch Watorfsky, resultado 55 puntos, se realiza diagnóstico de tormenta tiroidea. Paciente es ingresada a unidad de cuidados intensivos para manejo y estabilización de TT y celulitis. Se inicia antibioticoterapia, tiamazol, propranolol e hidrocortisona. Paciente se egresa estable, con clínica que evidencia resolución de cuadro, con indicación de tiamazol y propanolol y seguimiento por endocrinología con pruebas tiroideas. Se firma consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: La tormenta tiroidea tiene una mortalidad que se describe 10-30% aproximadamente al ser la presentación más grave de la tirotoxicosis. Dada su presentación clínica florida y el compromiso multisistémico que involucra, es fundamental su diagnóstico precoz y detección de factor etiológico para su manejo oportuno que buscan frenar el proceso de tirotoxicosis y la disminución del riesgo por su alta morbimortalidad.

Palabras clave: Hipertiroidismo, tiroides, tormenta tiroidea, tirotoxicosis.

TOXICIDAD EVITABLE POR ERROR DE POSOLOGÍA DE METOTREXATO, UN LLAMADO ACTIVO A LA VIGILANCIA TERAPÉUTICA. REPORTE DE CASO

Autores: Encina Escudero Francisca (1); Nicolai Nieto Elena (2), Navarrete Balart Fernanda (3), Gallardo Recabal Valery (4)

Afiliaciones: (1) Médica general de zona, CESFAM La Pincoya, Huechuraba, RM. (2) Médica general de zona, CESFAM Batuco, Lampa, RM. (3) Médica general de zona, CESFAM Quinta Bella, Recoleta, RM. (4) Médica general de zona, CESFAM Juan Pablo II, Antofagasta

Introducción: Las intoxicaciones por medicamentos son un problema de salud pública. En Chile, el año 2023, el Centro de Información Toxicológica y de Medicamentos de la Universidad Católica (CITUC) reportó 32.731 casos, de los cuales el 77,7% fueron causados por medicamentos. Si bien, la ideación suicida constituye la principal causa, un 34,9% se relacionó con exposiciones accidentales, como errores de posología. La toxicidad por metotrexato puede presentarse con distintas dosis y es más frecuente en pacientes añosos, con insuficiencia renal, hipoalbuminemia o infecciones intercurrentes. Sus principales efectos adversos son mielosupresión, mucositis gastrointestinal, insuficiencia renal por daño tubular y alteraciones neurológicas. Por ello, se requiere vigilancia estricta y monitorización continua.

Presentación del caso: Mujer de 42 años con antecedente de fibromialgia y síndrome de Arnold-Chiari. Consultó en dermatología por artralgias y lesiones cutáneas de dos años de evolución en manos, codos, talones y abdomen, descritas como fisuras secas y dolorosas. Se manejó con corticoides tópicos y orales, con escasa respuesta, por lo que se indicó metotrexato 2,5 mg semanal más ácido fólico. Dos semanas después refirió odinofagia intensa, imposibilidad de deglutir y úlceras sangrantes en mucosa oral y faringe posterior, motivo por el cual fue hospitalizada para manejo del dolor y evaluación multidisciplinaria. En la anamnesis dirigida se identificó confusión en la administración de metotrexato: ingirió dos comprimidos de 2,5 mg cada 12 horas durante dos semanas. Se diagnosticó reacción adversa por dosis tóxica de metotrexato, con plaquetopenia que descendió hasta 22.000. Evolucionó favorablemente con tratamiento de soporte, logrando el alta tras una semana, con analgesia oral y esquema ajustado.

Discusión y conclusiones: El metotrexato posee un margen terapéutico estrecho por lo que los errores de dosificación siguen siendo causa importante de toxicidad prevenible. La educación clara, uso de material audiovisual y el seguimiento activo son claves para evitar complicaciones graves. En atención primaria es esencial promover el uso correcto de medicamentos y acompañar los tratamientos, especialmente con fármacos de alto riesgo como el metotrexato, con el fin de evitar casos como el descrito. La supervisión continua por profesionales de la salud, incluidos químicos farmacéuticos, resulta crucial para prevenir estos eventos adversos.

Palabras clave: Errores de medicación, Metotrexato, Toxicidad de medicamentos.

TRACCIÓN TRANSESQUELÉTICA SUPRACONDÍLEA COMO MANEJO INICIAL EN FRACTURA ACETABULAR COMPLEJA

Autores: Vacarezza Armendariz, Antonia (1); Bielenberg Izquierdo, German (1), Reveco Pérez, Gastón (1), Viancos Salgado, Valentina (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Comunitario de Tiltil, Tiltil, Santiago. (2) Médico Becado de Traumatología, Hospital Metropolitano La Florida Dra Eloisa Diaz Inzunza, Universidad Finis Terrae, Santiago.

Introducción: Las fracturas de ambas columnas acetabulares representan una entidad infrecuente y de alta complejidad quirúrgica. En escenarios donde la intervención inmediata no es factible, la tracción transesquelética supracondílea emerge como una alternativa eficaz para la estabilización transitoria y control sintomático.

Presentación del caso: Al servicio de urgencias del Hospital Metropolitano La Florida, ingresó un paciente masculino tras un accidente en motocicleta. Al examen físico presentaba dolor inguinal derecho, hipoestesia en el dorso del pie y debilidad a la dorsiflexión. En las imágenes se evidenció la fractura de ambas columnas acetabulares con impactación femoral. Bajo anestesia intravenosa y local, se realizó tracción transesquelética supracondílea mediante aguja Kirschner 2.5 mm insertada de medial a lateral, tensada con un estribo de tracción de Kirschner-Gissane dejando en suspensión 8 kg de peso a los pies del paciente. La extremidad lesionada se posicionó sobre férula de Braun. Posterior al procedimiento se reevaluó al paciente y se evidenció menor dolor y leve mejoría en movilidad distal. El paciente fue sometido a una reducción y osteosíntesis por etapas, con evolución satisfactoria a la fecha.

Conclusiones: La tracción transesquelética brinda estabilidad temporal y alivio del dolor en pacientes con trauma de extremidades inferiores. Se indica en fracturas que no pueden estabilizarse mediante inmovilizadores externos, como las de pelvis, acetábulo y fémur proximal, así como en lesiones distales como las de los platillos tibiales o el pilón tibial (1). En el contexto de fracturas acetabulares, esta técnica contribuye no sólo al alivio del dolor, sino también a la distracción articular, preservando la viabilidad del cartílago y la congruencia articular en espera de la cirugía definitiva (2). Evidencia reciente respalda su uso precoz en fracturas acetabulares, demostrando reducción progresiva de los fragmentos y una baja tasa de complicaciones (3). Aunque no está exenta de riesgos, la tracción transesquelética representa una estrategia válida en pacientes seleccionados y una competencia esencial para el residente en formación en traumatología.

PALABRAS CLAVE: Control del Dolor; Fracturas del Acetábulo; Tracción Esquelética; Traumatología

TRASTORNO NEUROLÓGICO FUNCIONAL EN PACIENTE CON MULTIMORBILIDAD: REPORTE DE CASO

Autores: Ambiado Pérez Montserrat (1); Badilla Alfaro Macarena (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Contulmo, Contulmo

Introducción: Los trastornos neurológicos funcionales (FND), anteriormente denominados trastornos conversivos, son una causa frecuente de síntomas neurológicos sin correlato estructural. Representan un reto diagnóstico relevante, especialmente porque pueden simular accidentes cerebrovasculares agudos. La evidencia actual destaca la necesidad de un diagnóstico temprano y un manejo interdisciplinario, considerando su elevada carga asistencial y la frecuente coexistencia con síntomas ansioso-depresivos. En entornos rurales, la limitación de recursos diagnósticos aumenta la posibilidad de errores terapéuticos y sobretratamiento.

Presentación del caso: Mujer de 74 años, con antecedentes de hipertensión, dislipidemia, enfermedad renal crónica, hipotiroidismo y artrosis. En seguimiento por sintomatología ansiosa y labilidad emocional, con función cognitiva preservada. El 12 de mayo de 2025 presentó inicio súbito de afasia expresiva, sin déficit motor ni alteración del nivel de conciencia. National Institutes of Health Stroke Scale 5. La tomografía cerebral no mostró lesiones agudas. La resonancia magnética con protocolo stroke evidenció microangiopatía crónica y aracnoidocele selar, sin restricción de difusión ni signos de isquemia. Durante la hospitalización se observó recuperación progresiva del lenguaje, sin nuevos hallazgos neurológicos. Neurología estableció el diagnóstico de trastorno funcional del lenguaje, sospecha síndrome conversivo, descartando evento isquémico agudo y evitando tratamiento trombolítico innecesario. La paciente fue derivada al programa de salud mental, con buena adherencia y participación en talleres comunitarios.

Discusión y conclusiones: El caso refleja la dificultad de diferenciar entre cuadros vasculares y trastornos funcionales en pacientes con factores de riesgo. La ausencia de correlato imagenológico y la inconsistencia clínica sustentaron la sospecha funcional. Estudios recientes demuestran que intervenciones combinadas, como fisioterapia y terapia cognitivo-conductual (CBT), mejoran los resultados funcionales y reducen recaídas. Ante episodios afásicos sin evidencia estructural, se recomienda considerar etiología funcional, realizar evaluación neurológica y de salud mental, ofrecer psicoeducación y derivar precozmente a rehabilitación del lenguaje. Este caso subraya la relevancia de integrar salud mental en la evaluación neurológica y fortalecer las competencias del equipo de atención primaria para el abordaje integral de los trastornos funcionales.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Terapia Cognitivo-Conductual, Trastornos Neurológicos Funcionales

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE SECUNDARIO A ESTRÉS AGUDO EN ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Ruiz Carmona Ignacio (1), Soto Yaksic Rocío (2), Wiechmann De Bonadona Daniela (2);
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Los Sauces, comuna de Lumaco. (2) Médico General de Zona, CESFAM Lumaco, comuna de Lumaco.

Introducción: El trastorno psicótico breve (TPB) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios o discurso desorganizado, con duración inferior a un mes y recuperación completa posterior. Puede ser desencadenado por un evento estresante intenso, afectando principalmente a adultos jóvenes sin antecedentes psiquiátricos. En atención primaria, su detección oportuna es esencial para diferenciarlo de cuadros afectivos con síntomas psicóticos o de esquizofrenia incipiente, orientando así un manejo precoz y seguro.

Presentación del caso: Paciente femenina de 32 años, sin antecedentes médicos ni psiquiátricos, consultó en atención primaria por insomnio, ansiedad y llanto fácil tras un conflicto laboral grave. Dos días después, familiares refirieron discurso incoherente, risas inmotivadas y convicción de ser observada a través de dispositivos electrónicos. En la evaluación se constató pensamiento delirante de persecución y alteraciones conductuales, sin consumo de sustancias ni compromiso de conciencia. Ante la sospecha de episodio psicótico agudo, se derivó de urgencia a psiquiatría. En nivel secundario se confirmó diagnóstico de TPB desencadenado por estrés agudo, según criterios DSM-5. Se indicó risperidona 2 mg diarios, contención familiar y licencia médica transitoria. En controles semanales se observó remisión progresiva, logrando recuperación total al mes, sin recaídas al sexto mes de seguimiento. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: El TPB representa un desafío diagnóstico en atención primaria, dada su presentación abrupta y la ausencia de antecedentes psiquiátricos previos. Reconocer su relación con estresores agudos permite evitar diagnósticos erróneos y tratamientos prolongados. El pronóstico suele ser favorable, especialmente cuando se identifica y maneja tempranamente. Este caso enfatiza el rol del médico de atención primaria en la detección precoz de síntomas psicóticos, la derivación oportuna y el seguimiento interdisciplinario que garantiza la reintegración social y laboral del paciente.

Palabras clave: Delirio, Estrés Agudo, Psicosis.

TRICOBEZOAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Aravena Vasquez Joaquín (1); Abalo Zarate María Isidora (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de zona, DESAM Combarbalá, Combarbalá (2) Médico General de zona, Hospital San Juan de Dios Combarbalá, Combarbalá

Introducción: Los bezoares corresponden a masas sólidas formadas por elementos como fibras o restos de comida deglutidos por el paciente digeridos en forma incompleta. Por lo general, afectan el estómago, aunque se ha reportado compromiso de cualquier área del tubo digestivo. Los bezoares gástricos son raros, con una incidencia de 0.3% en endoscopias digestivas altas. La formación de estas masas puede dar distintos cuadros clínicos, principalmente obstrucción del tránsito intestinal y sus complicaciones. Los tricobezoares (cabello) son más comunes en mujeres. Se presenta un caso que destaca la importancia de reconocer de manera temprana un bezoar para prevenir posibles complicaciones posteriores.

Presentación del caso: Paciente femenina de 8 años de edad con antecedentes de pica secundaria a talasemia. Consultó en múltiples ocasiones por dolor abdominal, luego de ingesta de cuerpos extraños (goma de borrar, tuercas, cabello). En última ocasión refirió ingesta de pelo en gran cuantía, se descartó abdomen agudo y se derivó para seguimiento en policlínico. Se solicitó Tomografía Computarizada de abdomen con contraste que informó: Cuerpo extraño alojado en la cámara gástrica, concordante con antecedente clínico. Además, se reportó abundante contenido estercoráceo colónico y rectal. Se confirmó el diagnóstico de tricobezoar gástrico y se programó cirugía. Se realizó laparotomía media supraumbilical con extracción de tricobezoar y cierre por planos, sin incidentes. La paciente evolucionó de forma favorable en el postoperatorio, dando el alta cinco días después de la intervención. Se contó con el consentimiento informado por tutor legal de la paciente para la publicación de este caso. No se incluyeron datos que identifiquen a la paciente.

Discusión y conclusiones: Los bezoares son una causa poco frecuente de dolor abdominal, por lo que se requiere un alto índice de sospecha, sobre todo en pacientes con antecedentes sugerentes. Debido a posibles complicaciones, que pueden llegar a ser mortales, se debe realizar una anamnesis detallada respecto a hábitos alimenticios, y antecedentes médicos. Este caso es relevante, ya que justifica la necesidad de la sospecha diagnóstica temprana en el contexto de pica en pacientes pediátricos, permitiendo un manejo quirúrgico oportuno para prevenir complicaciones obstructivas. Demostrando la importancia de una buena historia clínica para la sospecha de la patología.

Palabras clave: Cirugía Pediátrica, Pediatría Tricobezoar.

TROMBOCITOPENIA SECUNDARIA A OLMESARTÁN, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Pino Luengo Rodrigo (1); Polit Muñoz Andrés (1) Alessandri Amenábar María (1) Estrada Paez Emilio (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital San José de Parral, Parral (2) Médico Internista, Hospital San José de Parral, Parral

Introducción: La trombocitopenia es un problema clínico común, con una diversidad de causas, dentro de las cuales se debe considerar la posibilidad de trombocitopenia inducida por fármacos (TIF), especialmente en los pacientes que se administran nuevos medicamentos. Hay una extensa lista de fármacos que pueden causar trombocitopenia, siendo Olmesartán una causa rara y muy poco documentada; en este caso, presentado un gran desafío diagnostico para el médico de urgencias y su posterior tratante.

Presentación del caso: Paciente masculino 76 años, con antecedentes de fibrosis pulmonar e hipotiroidismo, diagnosticado de hipertensión arterial hace 14 días con inicio de Olmesartán. Consultó en servicio de urgencias del Hospital de Parral, derivado por valor crítico de plaquetas en 8000 cel/mm^3, sin otras alteraciones en el hemograma. A la evaluación sin estigmas de hemorragias ni petequias. Hace 10 días examen con plaquetas normales en 208000 cel/mm^3. Se hospitaliza por trombocitopenia severa para transfusión de plaquetas y manejo. Durante hospitalización se recibe estudio carencial, hepático, infeccioso y anatómico normal, se plantea TIF por lo que se realizó cambio de fármaco por Telmisartán, evidenciándose aumento progresivo de plaquetas, 11 días después en 199000 cel/mm^3.

Discusión y conclusiones: La TIF es un diagnóstico clínico que se realiza excluyendo otras causas de trombocitopenia y documentando la resolución de la trombocitopenia tras la interrupción del fármaco. Tiene una historia clásica caracterizada por presentación en edad adulta, trombocitopenia severa y caída en el recuento plaquetario dentro de las dos semanas posteriores a la exposición al medicamento. Mencionar que existen pruebas de laboratorio que demuestran anticuerpos por fármacos, pero muy poco disponible en nuestro país; por lo que supone principalmente un diagnóstico de descarte. En este caso, se cumple con la historia clásica y además con la resolución del cuadro posterior a la interrupción del fármaco. Hay muy poca literatura que documente dicha reacción al Olmesartán, por lo que es clave para el medico general agotar una buena historia clínica -sospechando incluso de fármacos poco comunes-, realizar un manejo inicial apropiado y posteriormente el estudio completo. Cabe destacar que, si se sospecha y maneja de forma adecuada, el cuadro puede resolverse solo con un cambio de fármaco.

Palabras clave: Telmisartan, Trombocitopenia, Antagonistas de Receptores de Angiotensina

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTE JÓVEN ASOCIADO A USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES, REPORTE DE UN CASO

Autores: Pereira Hernández, Omar (1); Gutierrez Parada, Sofía (1); Vallejos Burgos, Diego (1)
Afiliaciones: (1) Médico EDF, Hospital De Collipulli, Collipulli.

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una patología ocasionada por la obstrucción de la circulación pulmonar secundaria a un coágulo embolizado desde la circulación venosa. Es una patología común y muchas veces fatal si no se diagnostica y se trata de forma oportuna. Se estima una incidencia anual de 60 – 70 casos por 100.000 habitantes, siendo la tercera causa de muerte cardiovascular. En general su incidencia es mayor en hombres que en mujeres, excepto en menores de 44 años en que predominan las mujeres en edad fértil. La incidencia es mayor sobre los 40 años, duplicándose el riesgo por cada década, especialmente en mujeres en que la incidencia de TEP es mayor a 500 por cada 100.000 habitantes después de los 75 años.

Presentación del caso: Presentamos el caso de una femenina de 21 años, sin antecedentes médicos previos. El único antecedente relevante es el inicio de anticonceptivos orales hace 4 meses. Consulta en Servicio de Urgencias por cuadro de lipotimia, posterior a lo cual presenta taquicardia sostenida, sin disnea. Al examen físico destaca taquicardia sostenida entre 120-130 latidos por minuto, sin otros hallazgos significativos. Se toman ECG seriados donde persiste taquicardia, y presenta progresivamente patrón S1Q3T3. Por sospecha de TEP se deriva a centro de mayor complejidad, donde se realiza AngioTC de tórax informando TEP bilateral. Paciente se hospitaliza para anticoagulación, evolucionando favorablemente por lo que es dada de alta tras 7 días y posteriormente se realiza estudio ambulatorio de coagulopatías por medicina interna, resultando negativos. Completa 6 meses de anticoagulación y luego es dada de alta de controles por especialidad, con indicación de no reiniciar anticonceptivos orales.

Discusión y conclusiones: El tromboembolismo pulmonar es una entidad infrecuente en contexto de pacientes jóvenes sin factores de riesgo mayor de presentarla, pero debe ser considerada en pacientes que presentan taquicardia sostenida y antecedente de lipotimia/síncope. Para establecer un diagnóstico certero se requiere correlacionar la manifestación clínica, ECG, exámenes de laboratorio y finalmente exámenes imagenológicos. El tratamiento principalmente utilizado es la anticoagulación, además de suspender factores de riesgo reversibles. La alta sospecha diagnóstica y el tratamiento oportuno son fundamentales, pues permiten evitar un desenlace potencialmente fatal.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar (TEP), Anticoagulantes orales (ACO), Jóven.

TROMBOSIS ARTERIAL PERIFÉRICA, UN CASO CLÍNICO DE PRESENTACIÓN AGUDA EN URGENCIAS

Autores: Rifo Fuentealba Patricio (1); Madrid Ojeda Felipe (1), Rifo Fuentealba Paula (1), Villalba Pacheco Álvaro (2)
Afiliaciones: (1) EDF, Consultorio Miraflores, Temuco. (2) Médico cirujano, Consultorio Miraflores, Temuco.

Introducción: El dolor digital agudo constituye una urgencia vascular poco frecuente que exige una evaluación rápida para evitar complicaciones isquémicas irreversibles. La trombosis arterial digital puede manifestarse sin factores de riesgo evidentes, y su diagnóstico requiere integrar clínica e imagen. Presentamos un caso de isquemia digital aguda donde, pese a un AngioTC negativo, la decisión terapéutica se basó en la sospecha clínica sustentada en las limitaciones diagnósticas del examen.

Presentación del caso: Hombre de 45 años, previamente sano, consulta por dolor punzante de inicio súbito en el cuarto dedo de la mano derecha con 12 horas de evolución, intensidad 10/10, aumento de volumen, cianosis y frialdad. Sin antecedentes de traumatismo, tabaquismo ni enfermedad vascular. Al examen: poiquilotermia, palidez distal y ausencia de pulso digital. Laboratorio sin alteraciones relevantes. Se realiza AngioTC de extremidad superior, que no evidencia trombosis ni estenosis significativas. Dada la alta sospecha clínica de trombosis arterial digital, se decide anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Evoluciona con mejoría progresiva del dolor, recuperación del color y temperatura, sin complicaciones hemorrágicas. El cuadro se resuelve completamente en dos semanas.

Discusión y conclusiones: El caso destaca la relevancia del juicio clínico ante una imagen negativa en sospecha de trombosis distal. Si bien el AngioTC presenta una sensibilidad global de 90–98 % para oclusiones arteriales, su rendimiento disminuye en vasos digitales (80–85 %) por su pequeño calibre y artefactos de flujo. Por tanto, un resultado negativo no excluye la enfermedad. El gold standard diagnóstico sigue siendo la angiografía por sustracción digital (DSA), con sensibilidad y especificidad superiores al 95 %, y la posibilidad de tratamiento endovascular simultáneo. No obstante, su carácter invasivo limita su uso rutinario en urgencias. La decisión de anticoagular empíricamente permitió la recuperación completa del paciente, subrayando la importancia de integrar la evidencia clínica con las limitaciones técnicas de imagen en la isquemia digital aguda.

Palabras clave: Angiografía, Anticoagulación, Isquemia, Trombosis.

TROMBOSIS DE LA VENA RENAL POR ESTADO DE HIPERCOAGULABILIDAD SECUNDARIO A SÍNDROME NEFRÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Muñoz Rodríguez Catalina (1); Cáceres Ibacache Paula (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Jorge Jordan Domic, Ovalle

Introducción: La trombosis de la vena renal (TVR) constituye una complicación poco frecuente, pero clínicamente significativa, del síndrome nefrótico, especialmente la variante membranosa. Este cuadro se asocia a un estado de hipercoagulabilidad derivado de la pérdida urinaria de proteínas anticoagulantes y el aumento de factores procoagulantes plasmáticos, lo que favorece la formación de trombos. Su diagnóstico suele ser desafiante debido a la variabilidad clínica, que puede ir desde formas asintomáticas hasta cuadros con deterioro de la función renal o dolor lumbar agudo. La identificación oportuna es fundamental, dada su relación con complicaciones tromboembólicas graves.

Presentación del caso: Paciente masculino de 51 años, con antecedente de hipotiroidismo controlado, presentó cuadro de tres meses de evolución de orina espumosa y edema de extremidades inferiores, que progresó a anasarca. Exámenes extrasistema revelaron aumento de VHS, anticuerpos Anti-PLA2R positivos, inmunoglobulina G de 666 mg/dL, exámenes serológicos negativos y orina completa con proteinuria positiva, por sospecha de síndrome nefrótico se derivó a nivel secundario. Durante la espera de evaluación, el paciente desarrolló dolor lumbar derecho intenso asociado a vómitos, por lo que consultó en urgencias. Ingresó hemodinámicamente estable. Los exámenes mostraron proteinuria positiva, eritrocitos 0-3, leucocitos 0-3, índice proteinuria/creatininuria (IPC) de 5100 mg/g y complemento C3 y C4 normales, confirmando síndrome nefrótico. Se solicitó tomografía axial computada (TAC) de abdomen y pelvis con contraste que estableció el diagnóstico de trombosis renal parcial bilateral secundaria a síndrome nefrótico primario. El paciente firmó consentimiento informado para la presentación del caso.

Discusión y conclusiones: La TVR es una complicación poco frecuente pero relevante del síndrome nefrótico, especialmente la forma membranosa primaria, por lo que siempre debemos tener elevado nivel de sospecha, sobre todo en pacientes con hipercoagulabilidad demostrada por exámenes. Dado las múltiples formas de presentación, se recalca la importancia de considerar TVR en pacientes con síndrome nefrótico que presentan síntomas agudos y de combinar evaluación clínica, serológica y estudios imagenológicos. La bibliografía avala la TAC con contraste y la resonancia magnética como los estudios más sensibles para un diagnóstico preciso, por lo que, ante la sospecha, la solicitud imagenológica precoz es esencial para un manejo oportuno y prevención de complicaciones graves.

Palabras clave: Coagulación, Síndrome nefrótico, Trombosis de la vena renal

TROMBOSIS SÉPTICA DE VENA PORTA, REPORTE DE UN CASO:

Autores: Reyes Rojas Álvaro (1); Kurtzig Perez-Cueto Ariel (1) Leiva Montecinos Vicente (1) Burgos Ramos Aielen (2)
Afiliaciones: (1) MGZ, Hospital San José de Parral, Maule. (2) MGZ, Hospital de Coelemu, Ñuble

Introducción: La apendicitis aguda es una infección del apéndice vermiforme. La presentación clásica dolor abdominal migrante a fosa iliaca derecha, vómitos y fiebre. Se maneja con intervención quirúrgica, en algunos casos puede complicarse, presentando procesos infecciosos más severos. Una de las complicaciones poco comunes pero graves es la embolia séptica de la vena porta (pileflebitis).

Presentación del caso: Adolescente de género masculino, 14 años, antecedente de trastorno de la atención con hiperactividad, en tratamiento con metilfenidato y risperidona. Refiere cuadro de una semana de dolor epigástrico, vómitos y fiebre. Al examen físico destaca taquicardia leve, ictericia de piel y mucosas, epigastrio sensible, sin irritación peritoneal. Laboratorio: leucocitos 16.900, neutrófilos 83.7%, INR 1.15, proteína C reactiva 183 mg/dl, bilirrubina total 9.48, bilirrubina directa 7.5, transaminasa glutámica oxalacética 146 U/L, transaminasa glutámico pirúvica 74 U/L, gamma-glutamil transpeptidasa 130 U/L. Ecografía abdominal mostró signos de trombosis portal y hepatoesplenomegalia. Tomografía axial computarizada con contraste impresiona Apendicitis Aguda con absceso pélvico y trombosis portal. En quirófano se encuentra apendicitis gangrenosa con líquido purulento peri apendicular y pélvico, hígado edematoso. Se realizó apendicectomía y drenaje. Postoperatorio, ingresó a unidad de tratamiento intensivo (UTI) pediátrica, con tratamiento antibiótico dual (Ceftriaxona y Metronidazol) y anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Durante la evolución, no se evidenciaron nuevas complicaciones quirúrgicas ni necesidad de reintervención. Debido a hemodinamia inestable se decide manejo avanzado de vía aérea e inicio de drogas vasoactivas a dosis bajas, ingresando a unidad de cuidados intensivos (UCI) pediátricos. Actualmente se encuentra extubado, en UTI pediátrica, con anticoagulación y antibióticos, en espera de evaluación de radiología intervencional para trombectomía.

Discusión y conclusiones: La apendicitis aguda es una urgencia quirúrgica frecuente, su evolución hacia embolia y trombosis séptica de la vena porta (pileflebitis) es una complicación poco común y de alta mortalidad. En este caso, la progresión del proceso infeccioso apendicular generó un shock séptico y necesidad de manejo en UCI. La pileflebitis resulta de la propagación bacteriana principalmente por Escherichia coli y Bacteroides fragilis hacia el sistema venoso portal. El diagnóstico se confirma mediante tomografía axial computarizada con contraste, mientras que el tratamiento combina antibióticos de amplio espectro, control quirúrgico del foco infeccioso y, en casos seleccionados, anticoagulación. La evolución clínica depende del diagnóstico precoz y del abordaje multidisciplinario. En conclusión, esta complicación subraya la importancia de una sospecha clínica alta, dado que la intervención temprana y el manejo intensivo oportuno son determinantes para mejorar el pronóstico y reducir la elevada mortalidad asociada a la trombosis séptica de la vena porta.

Palabras clave: Apendicitis aguda, complicación, embolia séptica, vena porta.

TUBERCULOMAS ESPLÉNICOS: PRESENTACIÓN CLÍNICA INFRECUENTE DE TUBERCULOSIS MILIAR, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Autores: Herrera Suárez Diego (1); Soto Perich Ivo (2), Bustos Salvo Carlos (2), Lillo Castro Karin (2)

Afiliaciones: (1) Médico EDF Servicio de Salud del Reloncaví, Hospital de Palena, comuna de Palena. (2) Interna/o de medicina 7mo año, Universidad San Sebastián, sede Patagonia, Puerto Montt.

Introducción: La Tuberculosis miliar es una forma diseminada de infección por Mycobacterium tuberculosis que afecta múltiples órganos a través del torrente sanguíneo. En Chile, la incidencia de tuberculosis alcanzó los 15,8 casos por 100.000 habitantes en 2023, lo que evidencia que la enfermedad sigue siendo un desafío de salud pública. La presentación diseminada de infección corresponde alrededor del 1% de los casos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 54 años de nacionalidad venezolana, sin antecedentes conocidos, fue derivada desde atención primaria por pérdida de peso progresiva de 8 kilogramos en 10 meses, astenia marcada y anorexia. Presentaba tos persistente de dos meses de evolución, inicialmente seca y posteriormente productiva con expectoración hemoptoica. Sin fiebre documentada, pero refirió sudoración nocturna frecuente. Al examen físico destacaba marcada caquexia asociada a estertores crepitantes globales e importante hepatoesplenomegalia. Scanner de tórax abdomen y pelvis informa “Cavitaciones aéreas multilobares, numerosas adenopatías mesentéricas de centro cavitado y múltiples lesiones hipodensas esplénicas compatibles con granulomas tuberculosos. Se solicitan pruebas moleculares para Mycobacterium tuberculosis y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), resultando ambos positivos. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación y publicación anónima del caso clínico, incluyendo el antecedente de infección por VIH.

Discusión y conclusiones: Los tuberculomas esplénicos en el contexto de tuberculosis miliar son una manifestación poco frecuente, aunque la afectación esplénica histológica es común en la diseminación hematógena. En estudios patológicos, la tuberculosis miliar suele involucrar órganos con alto flujo sanguíneo, como el bazo, el hígado y la médula ósea, donde se observan múltiples granulomas pequeños y uniformes; sin embargo, la formación de tuberculomas macroscópicos (lesiones nodulares bien definidas) en el bazo es rara en comparación con la afectación difusa y microscópica. La tuberculosis miliar ha disminuido significativamente en la población general gracias a los planes nacionales de erradicación e inmunización. Sin embargo, todavía puede presentarse como forma inicial en pacientes inmunodeprimidos, presentando compromiso multiorgánico en su debut. Reportar este caso clínico permite sensibilizar a la comunidad médica sobre formas atípicas de tuberculosis, y refuerza la necesidad de considerar compromiso esplénico focal en pacientes con baja de peso y síndrome consuntivo avanzado, especialmente si coexisten hallazgos imagenológicos compatibles con diseminación hematógena.

Palabras clave: Bazo; Mycobacterium tuberculosis; Tuberculoma; Tuberculosis miliaracadémica

TUBERCULOSIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIÓN EN MUCOSA ORAL CON EVOLUCIÓN ERRÁTICA. REPORTE DE UN CASO:

Autores: Romero Sanchez Valeria (1); Castellani Grant Carla (2), Rubio Soto Maximiliano (3), Neira Rojas Alexis (4)

Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, CESFAM Quilaco, Quilaco, (2) Cirujana Dentista EDF, CESFAM Quilaco, Quilaco. (3) Médico General de Zona, CESFAM Cerro Alto, Constitución. (4) Médica Cirujana, CESFAM Constitución, Constitución.

Introducción: Las manifestaciones orales de tuberculosis son poco frecuentes y, por ello, suelen pasar inadvertidas. Generalmente se originan por inoculación secundaria en mucosas previamente lesionadas y se presentan como úlceras crónicas, áreas nodulares o granulares, y, en raras ocasiones, como zonas de leucoplasia firmes. Se localizan con mayor frecuencia en lengua, paladar o encía. Se estima que las formas orales de tuberculosis representan sólo entre 0,1 % y 5 % de todas las infecciones por Mycobacterium tuberculosis.

Presentación del caso: Paciente masculino 87 años con antecedentes de hipertensión, hipotiroidismo, cáncer gástrico operado, accidente cerebrovascular antiguo y tabaquismo cesado con Índice Paquete/año de 17. Acude a consultas dentales en CESFAM por lesión blanquecina en mucosa oral mejilla izquierda con evolución errática a tratamientos clásicos, se deriva a Patología Oral donde se describe lesión tipo mácula dolorosa mixta de forma irregular con bordes infiltrativos de aproximadamente 4 centímetros eje mayor y sangrado espontáneo de 3 semanas evolución, cuello sin ganglios palpables ni dolorosos. Biopsia con tinción Ziehl Neelsen positiva para bacilos ácido alcohol resistentes compatible con Mycobacterium Tuberculosis. Posteriormente evaluado por Broncopulmonar, se confirma Tuberculosis Miliar y se hospitaliza para inicio de tratamiento con buena evolución y resolución completa de lesiones orales.

Discusión y conclusiones: Dentro de los diagnósticos diferenciales de aquellas lesiones de mucosa oral cuya presentación y evolución es errática y persistente, sugerente de malignidad ya que su presentación clínica puede semejar otras patologías como carcinoma epidermoide, sífilis, úlceras traumáticas o infecciones micóticas. Debemos considerar la tuberculosis de presentación atípica y considerar su estudio en las pruebas diagnósticas, incluso cuando no se cuenta con síntomas sistémicos. El reconocimiento precoz y la adecuada derivación médica permiten un tratamiento oportuno y evitan complicaciones y contagios.

Palabras clave: Cavidad oral, Mycobacterium tuberculosis , Úlcera.

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR, REPORTE DE CASO:

Autores: Requena Fuentes Fernanda (1); Torres Ducci Ignacio (2), Torrealba Iglesias Montserrat (3)

Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Cesfam Valle Mar Navidad, Navidad (2) Médico General de Zona, Cesfam Padre Joan Alsina, San Bernardo, Santiago (3) Médico General de Zona, Cesfam Cordillera, Valparaíso

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, causada por la bacteria Mycobacterium tuberculosis, tiene dos tipos de manifestación clínica, pulmonar y extrapulmonar (TBEP). Esta última es la tuberculosis diagnosticada clínicamente y confirmada por estudios bacteriológicos, que afecta a tejidos y órganos fuera del parénquima pulmonar. Se presenta por diseminación hematógena o linfática del bacilo de la bacteria a otros órganos. Los sitios más afectados son pleural, ganglionar, tubo digestivo y osteoarticular.

Presentación del caso: Paciente femenina de 54 años, con antecedentes de vitiligo, eritema nodoso e hipotiroidismo, consulta por cuadro de 2 meses de cuadros febriles a repetición, intermitentes, sin otros síntomas asociados. Se solicitan exámenes de laboratorio destacando leucocitosis (15.400), VHS 95, PCR 98.7, resto normal; al re-control a los 4 días destaca leucocitos 7.100, VHS 44, PCR 67.4, examen físico normal, por lo que se deriva a nivel secundario, medicina interna, con diagnóstico de fiebre de origen desconocido, para mayor estudio. Paciente se realiza PET/CT de forma particular: Adenopatías hipermetabólicas supra e infra diafragmáticas. Dados los antecedentes, se debe considerar como primera posibilidad en el diagnóstico diferencial un síndrome linfoproliferativo. Acude a hematóloga particular, quien indica: “sospecha de linfoma, se solicita biopsia ganglionar e inmunofenotipo”. Se realiza biopsia de adenopatías que indica ganglio linfático con proceso inflamatorio crónico granulomatoso con necrosis supurada focal, patólogo refiere biopsia compatible con tuberculosis ganglionar. Especialista realiza contrarreferencia a atención primaria de salud, indicando iniciar tratamiento con esquema primario, y posterior control al mes con broncopulmonar a nivel secundario.

Discusión y conclusiones: La enfermedad por tuberculosis requiere una amplia atención, sobre todo en América Latina, ya que cada vez se incrementa más la resistencia a los fármacos antituberculosos. La forma más frecuente de TBEP es la ganglionar, correspondiendo a un 30-50% de los casos. La naturaleza de su compromiso multiorgánico hace que las manifestaciones clínicas sean muy variadas, dificultando su diagnóstico. Por lo anterior, debe siempre ser un diagnóstico diferencial a considerar, y se requieren estudios para diferenciar de otros tipos de diagnósticos como síndromes linfoproliferativos, que fue la primera sospecha diagnóstica en este caso.

Palabras clave: Ganglionar, Mycobacterium tuberculosis, Tuberculosis extrapulmonar

TUBERCULOSIS INTESTINAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CÁNCER DE COLON, REPORTE DE UN CASO:

Autores: Ojeda Cifuentes, Gonzalo Ignacio (1); Lagos Cavagnaro, Benjamín Antonio (1) Riffo Sepúlveda, Sebastián Ignacio (2)
Afiliaciones: (1) Médico EDF CESFAM de Hualqui, Servicio Salud Concepción. (2) Médico EDF CESFAM Sergio Lagos Olave, Servicio Salud Concepción.

Introducción: La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa causada por Mycobacterium tuberculosis, predominantemente pulmonar, aunque puede presentarse en forma extrapulmonar con manifestaciones inespecíficas que dificultan su diagnóstico. La localización intestinal puede simular cuadros neoplásicos, generando intervenciones quirúrgicas innecesarias. Se presenta este caso para destacar la importancia de considerar esta etiología como diagnóstico diferencial en lesiones ileocecales.

Presentación del caso: Paciente femenina de 25 años, con antecedentes de trisomía 21, hipotiroidismo y epilepsia, presenta dolor abdominal y diarrea acuosa no disentérica, asociado a baja de peso de 6 meses de evolución. Tras múltiples consultas con manejo sintomático, se realiza tomografía axial computada de abdomen y pelvis con contraste que evidencia engrosamiento difuso del colon ileocecal y adenopatías en fosa iliaca derecha. Colonoscopía muestra tumor estenosante del colon ascendente, friable y ulcerado. Se realiza hemicolectomía derecha por sospecha de cáncer de colon. Biopsia informa granulomas epiteloides con necrosis caseosa sin neoplasia; biología molecular positiva para Mycobacterium tuberculosis. Radiografía de tórax evidencia lesiones nodulares apicales izquierdas sugerentes de compromiso pulmonar subclínico. Se inicia terapia antituberculosa de primera línea con buena evolución clínica. Antecedente familiar de padre con TB pulmonar hace 7 años. Consentimiento informado autorizado.

Discusión y conclusiones: La tuberculosis intestinal es una forma extrapulmonar poco frecuente que puede simular patología neoplásica ileocecal. Su diagnóstico suele retrasarse por manifestaciones inespecíficas, por lo que debe considerarse especialmente en pacientes jóvenes con factores de riesgo. En este caso, los granulomas caseificantes permitieron diferenciarla de un cáncer de colon y orientar un tratamiento médico oportuno. La detección de compromiso pulmonar subclínico refuerza la importancia de un enfoque integral. La sospecha precoz y la terapia específica permiten una evolución favorable y evitan cirugías innecesarias.

Palabras clave: Tuberculosis intestinal, Mycobacterium tuberculosis, Cáncer de colon, Granulomas caseificantes, Diagnóstico diferencial.

TUBERCULOSIS SINOVIAL DE MUÑECA, UNA MANIFESTACIÓN EXTRAPULMONAR ATÍPICA.

Autores: Ocara Vargas Miranda (1); Gorigoitía Sielfeld Arantxa (2), Prado Kittel Trinidad (3)
Afiliaciones: (1) Médica General de Zona, CESFAM Jean y Marie Thierry, Valparaíso. (2) Médica General de Zona, CESFAM Placeres, Valparaíso. (3) Médica General de Zona, CESFAM Plaza Justicia, Valparaíso.

Introducción: La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa que continúa causando alta morbimortalidad, especialmente en países en desarrollo. Las personas inmunosuprimidas son más susceptibles a su agente causal Mycobacterium tuberculosis, que puede afectar cualquier órgano del cuerpo, aunque la mayoría de los casos corresponden a TB pulmonar. La TB osteoarticular es la tercera presentación más común después de la pulmonar y ganglionar, representando aproximadamente el 10% de los casos. Dentro de estas, la columna vertebral es el sitio más afectado, mientras que las formas extra-vertebrales corresponden solo al 2-3%. El compromiso articular por TB suele tener un curso prolongado y rara vez se diagnostica antes de desarrollar artritis.

Presentación del caso: Mujer de 51 años, con antecedente de asma, que trabajaba en aseo de una tienda comercial. Consultó por aumento de volumen progresivo y doloroso en la región volar de la muñeca derecha, de un año de evolución. La resonancia magnética evidenció hipertrofia extensa de la cápsula sinovial de los tendones flexores, hiperintensa en T2. Ante la sospecha de tumor sinovial se realizó resección quirúrgica, cuya biopsia reveló sinovitis crónica fibrinosa y granulomatosa compatible con tuberculosis sinovial. Los estudios para descartar infección por VIH y TB pulmonar fueron negativos. Se inició tratamiento de primera línea según normativa ministerial vigente, completando seis meses con buena respuesta clínica y sin incidentes. Paralelamente, la paciente realizó rehabilitación kinesiológica, logrando recuperación funcional completa. Se obtuvo consentimiento informado para presentar el caso.

Discusión y conclusiones: Aunque la tuberculosis de la muñeca es infrecuente, suele afectar a personas jóvenes o de mediana edad. La presentación clínica en la sinovitis tuberculosa tiende a ser insidiosa, con síntomas leves al inicio, traduciéndose en un desafío diagnóstico. Esta condición puede generar consecuencias severas para la función articular, en nuestra paciente afectaba su actividad laboral, pero cuando el diagnóstico es tardío puede derivar en complicaciones como abscesos, compresión de nervios, ruptura de tendones u osteomielitis, entre otras. Este caso resalta la importancia de considerar la tuberculosis como diagnóstico diferencial en procesos articulares crónicos y de iniciar un tratamiento precoz para preservar la funcionalidad de la extremidad afectada y por tanto mejorar la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Mycobacterium tuberculosis, Tuberculosis Extrapulmonar, Tuberculosis Osteoarticular.

TUMOR ABDOMINOPÉLVICO GIGANTE COMO CAUSA DE DESCOMPENSACIÓN CARDIORRESPIRATORIA, UN RETO DIAGNÓSTICO EN PACIENTE CON COMORBILIDADES:

Autores: Abrigo Ibañez Paulette (1); Montesinos Perez Catalina (1), García Barro Antonia (2), Espinoza Osorio Sofía (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CESFAM Pinares Eloisa Diaz l, Chiguayante. (2) Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.

Introducción: Los tumores abdominopélvicos gigantes son masas de crecimiento progresivo que superan los 10 cm de diámetro o se extienden más allá de la cavidad pélvica, pudiendo ocupar gran parte del abdomen. Estas lesiones, poco frecuentes en la práctica clínica, suelen diagnosticarse tardíamente debido a su crecimiento lento y síntomas inespecíficos. Cuando alcanzan gran tamaño, pueden producir compresión de órganos toracoabdominales con manifestaciones atípicas, lo que representa un desafío diagnóstico y terapéutico.

Presentación del caso: Mujer de 50 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 insulinorrequirente, dislipidemia e insuficiencia cardíaca, consultó por disnea progresiva atribuida inicialmente a su cardiopatía crónica. Consultó meses después por persistencia del cuadro asociada al aumento progresivo del perímetro abdominal, por lo que solicitan exámenes. Una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis evidenció una masa sólida abdominopélvica de gran tamaño, de probable origen anexial derecho, compatible con compresión diafragmática como causa mecánica de la disnea. Consulta en urgencias por fiebre, disnea y ascitis a tensión, diagnosticándose sepsis por Streptococcus agalactiae. TAC confirmó masa de 32×24×27 cm; ecografía transvaginal posterior sugirió mioma uterino gigante. En 12 meses después se realizó histerectomía total más salpingooforectomía bilateral, observándose tumor dependiente de pared posterior uterina de 13,2 kg, cuyo extremo superior que impactaba al diafragma. La biopsia intraoperatoria informó leiomioma sin atipía, coexistiendo teratoma quístico maduro en el ovario izquierdo. Evolución posoperatoria favorable, con disminución significativa de disnea basal, con alta y control ambulatorio. Consentimiento informado obtenido.

Discusión y conclusiones: El caso destaca la importancia de considerar causas extrapulmonares de disnea, especialmente en pacientes con comorbilidades cardiacas en quienes una masa abdominal puede producir síntomas similares a una descompensación. Asimismo, evidencia la dificultad para diferenciar preoperatoriamente masas uterinas y anexiales. La coordinación entre atención primaria y hospitalaria permitió una resolución segura e integral. Este caso aporta evidencia práctica sobre abordaje diagnóstico diferencial de disnea y masa abdominal.

Palabras clave: Disnea, Leiomioma, Tumor.

TUMOR CEREBRAL COMO CAUSA DE VÉRTIGO CENTRAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Álvarez Lobo Tomás (1); Zuñiga Barros Rodrigo (1); Martínez Matus Constanza (1); Ortega Ramos Francisca (2)
Afiliación: Médico General de Zona, CESFAM El Roble, Santiago (1), Becado Medicina Urgencia, Hospital Barros Luco, Universidad Diego Portales, Santiago (2)

Introducción: El vértigo constituye uno de los principales motivos de consulta en la Atención Primaria de Salud (APS) en Chile, con una tasa aproximada de 10,7 consultas por cada 1000 atenciones anuales y una prevalencia cercana al 5%. Estas cifras reflejan la importancia de que los médicos de APS reconozcan su abordaje diagnóstico y terapéutico. Aunque cerca del 80% de las causas corresponden a vértigo periférico, existen etiologías centrales que, aunque infrecuentes, son potencialmente graves y requieren alta sospecha clínica para su detección y derivación oportuna. Se presenta el caso de vértigo central en un paciente de 78 años secundario a schwannoma vestibular derecho (SV).

Presentación del caso: Paciente masculino de 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial y cáncer de próstata manejado con cirugía y radioterapia, consulta en APS por vértigo de larga evolución. Había recibido tratamiento con betahistina, flunarizina y maniobras de reposición sin mejoría. Exámenes de otorrinolaringología evidenciaron hipoexcitabilidad vestibular derecha y audiometría con hipoacusia severa derecha y moderada izquierda, ambas en progresión. Ante la aparición de vómitos y cefalea intensa, además del antecedente de neoplasia previa fue derivado a urgencias, donde se hospitalizó por sospecha de vértigo central. La neuroimagen reveló schwannoma vestibular derecho grado Koos IV, realizándose resección microquirúrgica completa. Posteriormente presentó paresia facial periférica y alteraciones vestibulares residuales, por lo que inició rehabilitación física y vestibular integral. Actualmente presenta evolución favorable bajo control por neurología y fisiatría. El paciente otorgó su consentimiento informado para el uso académico de su información clínica, resguardando su confidencialidad.

Discusión y conclusiones: El SV es una causa infrecuente de vértigo central y su diagnóstico en APS es complejo por la alta prevalencia de cuadros periféricos. La persistencia de síntomas, hipoacusia unilateral progresiva y cefalea deben alertar sobre la etiología central. Persiste controversia entre observación, radiocirugía o resección microquirúrgica. Este caso destaca la importancia del médico de APS en la detección precoz y derivación oportuna, mediante diagnósticos estructurados, revisión de tratamientos sintomáticos prolongados y acceso a rehabilitación vestibular. Un abordaje integral mejora funcionalidad y calidad de vida, reforzando el valor del juicio clínico en la práctica primaria.

Palabras clave: NEOPLASIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, NEUROMA ACÚSTICO, VÉRTIGO

TUMOR OSEO INCIDENTAL EN ADOLESCENTE DEPORTISTA: FIBROMA NO OSIFICANTE COMO LESION BENIGNA EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD

Autores: Lorenzoni Mendez Eduardo Jesus (1); Salas Verdugo María Tatiana (2), Letelier Lazo Claudia Carolina (1), Medina Becerra Pablo Andrés (1)
Afiliaciones: (1) Médico Cirujano General de Zona, Hospital de Salamanca, Salamanca. (2) Medica Cirujana General de Zona, CESFAM Urbano de Illapel, Illapel

Introducción: El fibroma no osificante (FNO) es una lesión benigna frecuente en adolescentes, usualmente detectada como hallazgo incidental en estudios por trauma. Su adecuada interpretación evita sobreestudio y derivaciones innecesarias.

Presentación del caso: Paciente masculino de 13 años con diabetes mellitus. Consulta por lesión deportiva de extremidad inferior derecha, con diagnóstico de esguince de tobillo. Radiografía identifica lesión lítica excéntrica metafisaria, por lo que se solicita scanner ambulatorio. Tomografía computarizada: lesión excéntrica polilobulada con bordes escleróticos en metáfisis distal de tibia derecha (11 x 13 x 45mm), compatible con FNO. Segunda lesión en fíbula distal (4 x 4 x 8mm), sugerente de defecto fibroso cortical. Sin masas de partes blandas. Al examen físico sin dolor local ni signos de inestabilidad. Se deriva a traumatología para evaluación de riesgo de fractura y control evolutivo

Discusión y conclusiones: El riesgo de fractura aumenta cuando la lesión compromete más del 50% del diámetro transversal del hueso, o esta supera los 3 a 4 cm, particularmente en la tibia por carga axial. En este caso, el tamaño obliga a vigilancia imagenológica seriada. La identificación de una segunda lesión de patrón similar benigno en fíbula favorece la etiología no agresiva y evita estudios invasivos. Desde la atención de urgencia en hospitales básicos, es fundamental el reconocimiento del patrón radiológico típico y los patrones de benignidad, permite un proceso de razonamiento diagnostico seguro con decisiones de manejo basadas en evidencia y riesgo real, lo que permite derivar tempranamente a traumatología cuando exista riesgo mecánico, dudas diagnosticas o cambios progresivos en el seguimiento.

Palabras clave: Neoplasias óseas, Adolescente, Tibia

TUMOR SUPRASELAR EN PEDIATRÍA: CEFALEA CON BANDERAS ROJAS COMO SÍNTOMA INICIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Lessau Neira Camila (1); Letelier Reyes Mariel (2), Ortiz Cea Pablo (3)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, CECOSF Guacolda, Lautaro, Región de La Araucanía. (2) Médico General de Zona, Hospital de Lautaro, Lautaro, Región de La Araucanía.

Introducción: Los tumores cerebrales representan entre el 20 y 25 % de las neoplasias pediátricas, y aproximadamente el 10–15 % se localizan en la región supraselar. Estas lesiones pueden comprometer diversas estructuras intracraneales y manifestarse de forma variada. La cefalea, especialmente cuando se acompaña de banderas rojas como síntomas neurológicos, inicio súbito, síntomas sistémicos o antecedente de trauma, constituye un signo de alarma presente en el 30–40 % de los casos. Su evolución insidiosa y la inespecificidad de los síntomas suelen retrasar el diagnóstico, afectando el pronóstico. La neuroimagen precoz orienta el diagnóstico y favorece un manejo oportuno. El presente trabajo tiene como objetivo presentar un caso clínico de tumor supraselar pediátrico, destacando la importancia de la detección temprana de los signos de alarma.

Presentación del caso: Paciente femenina de 14 años, previamente sana, que consultó por cefalea progresiva de 5 días de evolución, de carácter holocráneo, que interrumpía el sueño y presentaba picos de máxima intensidad en corto tiempo, asociados a vómitos. El examen físico general y neurológico fue normal. Ante la persistencia de los síntomas, se realizó TAC de cerebro sin contraste, que informó: “extensión supraselar del plano hipofisiario mayor a lo esperado; considerar lesión expansiva”. Se obtuvo consentimiento informado de la familia, cumpliendo las consideraciones éticas. Tras evaluación por neurología y endocrinología pediátrica, se planificó resonancia magnética cerebral y estudios hormonales ambulatorios.

Discusión y conclusiones: Los tumores supraselares pediátricos constituyen un desafío diagnóstico por su presentación inespecífica. La cefalea con banderas rojas requiere evaluación precoz mediante neuroimagen, ya que su identificación temprana permite un diagnóstico y manejo oportunos, mejorando el pronóstico. Es esencial mantener un alto índice de sospecha clínica, solicitar imágenes en forma oportuna y realizar un abordaje multidisciplinario. Este caso destaca la relevancia de la detección temprana de los signos de alarma, contribuyendo al conocimiento clínico y a la mejora del pronóstico en pacientes pediátricos con tumores supraselares.

Palabras clave: Cefalea, Pediatría, Tumor cerebral.

TUMOR TRIQUILEMAL PROLIFERANTE MALIGNO: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Valderrama Vargas Carol Francesca (1); Gamboa Ramirez Liliana Del Pilar (2), Núñez Apablaza Pía María (1)
Afiliaciones: (1) Médica EDF Cesfam Llay Llay, Llay Llay. (2) Médica EDF Cesfam Puertas Negras, Valparaíso.

Introducción: El tumor triquilemal es una neoplasia cutánea poco frecuente, originada en la vaina externa del folículo piloso. Si bien habitualmente presenta un comportamiento benigno, puede adoptar un curso localmente agresivo o evolucionar hacia formas malignas. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres adultas mayores, siendo su ubicación más común el cuero cabelludo, aunque también puede aparecer en cara, cuello, espalda, extremidades y tronco. Su diagnóstico puede ser desafiante debido a su similitud clínica con otras lesiones cutáneas, como el carcinoma epidermoide, especialmente en zonas de difícil evaluación como la región periauricular.

Presentación del caso: Paciente femenina de 65 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos relevantes, consulta por cuadro de un mes de evolución caracterizado por aumento de volumen en región periauricular derecha de aproximadamente 3 × 4 cm. Al examen físico: lesión hiperqueratósica en su polo superior y consistencia pétrea en el polo inferior, adherida a planos profundos, indolora, sin signos de infección. Concha auricular eritematosa, con aumento de volumen, comprometiendo el conducto auditivo externo, difícil acceso por disminución del lumen, erosión de pared y otorrea, no se visualiza la membrana timpánica. Por alta sospecha clínica de carcinoma escamoso periauricular, se deriva a otorrinolaringología y dermatología de forma paralela. Se realiza biopsia de la lesión, cuyo resultado fue compatible con tumor triquilemal maligno. Se solicitan estudios de imagen para etapificación y definir manejo. Se obtiene el consentimiento informado de la paciente para la publicación de este caso.

Discusión y conclusiones: Aproximadamente el 90% de los tumores triquilemales proliferantes (TTP) se presentan como lesiones solitarias en el cuero cabelludo, afectando principalmente a mujeres mayores de 60 años, con una proporción estimada de 2.5:1 respecto a los hombres. Aunque suelen ser benignos, los TTP poseen potencial de malignización, representando menos del 0,1% de los cánceres cutáneos. La sospecha de malignidad aumenta ante localización fuera del cuero cabelludo, tamaño mayor a 5 cm, crecimiento rápido o abundante atipia histológica. Su diagnóstico es complejo por su similitud clínica e histológica con el carcinoma escamoso, lo que resalta la importancia de reconocer factores de riesgo desde la atención primaria para una derivación oportuna y mejorar el abordaje diagnóstico y terapéutico.

Palabras clave: Periauricular, Tumor triquilemal proliferante maligno, tumor cutáneo

ÚLCERAS DE CAMERON COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN ADULTO MAYOR: REPORTE DE CASO EN HOSPITAL DE CALBUCO

Autores: Venegas Sanhueza Matías (1); Mercado Núñez Bruno (1)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital de Calbuco, Calbuco, Chile.

Introducción: Las úlceras de Cameron son lesiones lineales localizadas en el fondo gástrico, a nivel del diafragma, en pacientes con hernia hiatal. Constituyen una causa poco frecuente de hemorragia digestiva alta, pero relevante en adultos mayores, donde pueden pasar inadvertidas. Su reconocimiento precoz permite prevenir recurrencias y anemia crónica [1–3].

Presentación del caso: Hombre de 76 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y accidente cerebrovascular previo, consulta en el Servicio de Urgencia del Hospital de Calbuco por hematemesis. Al examen físico presenta palidez mucocutánea, taquicardia y presión arterial de 99/55 mmHg. El laboratorio mostró hemoglobina 12,5 g/dL, elevación del nitrógeno ureico y falla renal leve, sin alteraciones de la coagulación. Se inicia manejo con inhibidor de bomba de protones endovenoso y se deriva al Hospital de Puerto Montt. En el centro de referencia se mantiene estable y sin nuevos episodios de sangrado. Se realiza endoscopia digestiva alta que evidencia úlceras de Cameron en fondo gástrico asociadas a hernia hiatal por deslizamiento, con signos de sangrado reciente, tratadas mediante colocación de hemoclips. Evoluciona favorablemente, reinicia alimentación y es dado de alta con tratamiento inhibidor de bomba de protones y control endoscópico programado.

Discusión y conclusiones: Las úlceras de Cameron son una causa infradiagnosticada de hemorragia digestiva alta. Su detección depende de la sospecha clínica, especialmente en pacientes con hernia hiatal y sangrado digestivo sin otra causa aparente. Este caso destaca la importancia del manejo inicial adecuado y la derivación oportuna para endoscopia diagnóstica y terapéutica. El reconocimiento precoz permite un tratamiento efectivo y previene complicaciones o recurrencias [4,5].

Palabras clave: Palabras clave: Úlceras de Cameron, Hernia hiatal, Hemorragia digestiva alta, Endoscopia.

UN HALLAZGO QUE VALE LA PENA PERSEGUIR: COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA EN PACIENTE CON INFECCIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: José Pablo Alvarado Filippi (1); Enzo Letelier Bernal (1), Aracelli Keilendt Astete (1), Ayssa Ramírez Silva (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Hospital Juana Ross de Peñablanca, Villa Alemana. (2) Médico General, Hospital de Quilpué, Villa Alemana.

Introducción: La coagulación intravascular diseminada (CID) es un trastorno mixto de la hemostasia caracterizado por fenómenos trombóticos y hemorrágicos simultáneos. Esta "tormenta de la coagulación" se manifiesta en el laboratorio como prolongación de los tiempos de coagulación, consumo plaquetario, presencia de esquistocitos, disminución del fibrinógeno y aumento del dímero D. Puede presentarse en forma aguda, asociada a infección severa y falla orgánica múltiple, con una mortalidad cercana al 25 %, o en forma crónica y compensada, con una mortalidad aproximada del 7 %. Presentamos este caso por tratarse de una presentación sub-aguda, cuyo diagnóstico comenzó con un hallazgo de laboratorio.

Presentación del caso: Paciente masculino de 80 años, con epilepsia y fibrilación auricular, previamente independiente y sin deterioro cognitivo basal. Consulta por una semana de delirium hipoactivo progresivo e hipoingesta. Al ingreso presenta ritmo irregular, crépitos difusos a izquierda, mucosas pálidas y equimosis en extremidades. Se diagnostica neumonía adquirida en la comunidad (NAC), se hospitaliza por requerimientos de oxígeno y se trata con ceftriaxona y azitromicina. Los exámenes revelan TP 25,9 s (protrombina 34 %), INR 2,15, TTPA 38 s, plaquetas 65. 000, y creatinina 2,36 mg/dL. Se diagnóstica trastorno mixto de la coagulación. Para continuar estudio se solicitó ecografía abdominal, que muestra signos de hepatopatía crónica. Dado ausencia de signos clínicos de daño hepático crónico (DHC) avanzado, se sospechó trastorno de la coagulación adquirido. Se solicitó Dímero D (> 5000 ug/mL) y fibrinógeno (57 mg/dL), confirmando el diagnóstico de CID. A pesar de mejoría renal parcial, el paciente presenta deterioro neurológico progresivo hasta el sopor profundo. Se sospecha hemorragia intracraneana secundaria a coagulopatía; se mantiene manejo de confort según decisión en conjunto con familiares de no reanimar ni realizar estudio invasivo.

Discusión y conclusiones: Este caso evidencia la dificultad diagnóstica de la CID subaguda en pacientes añosos, especialmente en quienes es fácil atribuir hallazgos a patologías más frecuentes, como el DHC. La tríada de fibrinógeno bajo, plaquetopenia y dímero D elevado debe alertar sobre consumo coagulatorio y riesgo de hemorragia. Su detección precoz podría modificar el curso clínico y evitar desenlaces fatales como el observado.

Palabras clave: TROMBOCITOPENIA, COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA, TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN SANGUÍNEA.

UNA RARA DERMATITIS VASCULAR: PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA ACROANGIODERMATITIS DE MALI

Autores: Rivas Bastidas Robert (1); Sepúlveda Medel Bárbara (2), Merino Vial Francisca (3)
Afiliaciones: (1) Médico Cirujano, CESFAM Dr. Patricio Hevia, Recoleta, Santiago. (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Patricio Hevia, Recoleta, Santiago (3) Médico General de Zona CESFAM Dr. Lucas Sierra, Conchalí, Santiago.

Introducción: La Acroangiodermatitis de Mali, también conocida como pseudo-sarcoma de Kaposi, es una dermatosis vascular benigna poco frecuente, asociada principalmente a la insuficiencia venosa crónica o a malformaciones arteriovenosas. Actualmente, no existen datos epidemiológicos precisos sobre su incidencia o prevalencia. Se manifiesta con pápulas, placas o nódulos eritemato-violáceos en las extremidades inferiores y puede confundirse con neoplasias vasculares malignas. Por ello, el estudio histopatológico es esencial para un diagnóstico certero y manejo adecuado.

Presentación del caso: Mujer de 53 años con antecedentes de hipotiroidismo, resistencia a la insulina y síndrome varicoso, que presentó una lesión ulcerosa crónica en el tercio medio de la pierna derecha tras un traumatismo. Pese a múltiples curaciones, la evolución fue desfavorable. Se realizó biopsia, que informó hiperqueratosis leve, epidermis acantósica, fibrosis dérmica, proliferación de capilares con paredes engrosadas, extravasación de eritrocitos e infiltrado inflamatorio crónico, compatibles con Acroangiodermatitis de Mali. Se cuenta con el consentimiento informado de la paciente.

Discusión y conclusiones: La fisiopatología de esta entidad se relaciona con la hipertensión venosa sostenida y la estasis sanguínea crónica, que inducen proliferación capilar reactiva y depósito de hemosiderina. En este caso, el síndrome varicoso fue el principal factor predisponente, mientras que el traumatismo local actuó como desencadenante. El diagnóstico diferencial más importante es el sarcoma de Kaposi, del cual se distingue por la ausencia de atipias endoteliales y de proliferación neoplásica. El tratamiento debe centrarse en el control de la insuficiencia venosa, mediante compresión elástica, elevación de extremidades y cuidados locales. En algunos casos se utilizan fármacos como pentoxifilina o antibióticos tópicos. Aunque el pronóstico es favorable, la enfermedad puede recidivar si no se corrigen los factores hemodinámicos subyacentes. En conclusión, la Acroangiodermatitis de Mali, pese a su rareza, debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones vasculares crónicas de las extremidades inferiores. El reconocimiento histopatológico temprano y el manejo integral orientado al control hemodinámico son determinantes para prevenir recurrencias y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Acrodermatitis, Insuficiencia venosa, Úlcera, Úlcera varicosa

UNA REVELACIÓN SILENTE: LA PRIMERA CRISIS CONVULSIVA EN UN ADULTO CON MALFORMACIÓN CORTICAL CONGÉNITA EXTENSA:

Autores: Olguín Olguín Ricardo (1); Hidalgo Veizaga Mónica (1) Valda Chumacero Rodrigo (2)
Afiliaciones: (1) Médico/a cirujano/a en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Enrique Montt, Calama (2) Médico/a cirujano/a en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Norponiente, Calama

Introducción: Las malformaciones del desarrollo cortical, como la polimicrogiria y la agenesia del cuerpo calloso, suelen manifestarse clínicamente en la infancia, frecuentemente con epilepsia de difícil manejo y déficits neurológicos asociados. Sin embargo, algunos casos permanecen asintomáticos hasta la edad adulta, lo que representa un desafío diagnóstico y clínico relevante. La detección tardía puede ocurrir tras una primera crisis convulsiva, requiriendo confirmación mediante neuroimagen de alta resolución y manejo por neurología

Presentación del caso: Paciente masculino de 42 años, con antecedentes quirúrgicos de polidactilia y sin síntomas neurológicos previos, quien llevó una vida funcionalmente normal hasta enero de 2024, cuando presentó su primera crisis tónico-clónica generalizada. Fue hospitalizado en el Hospital Carlos Cisternas para estudio etiológico. La resonancia magnética cerebral con protocolo de epilepsia mostró extensa malformación del desarrollo cortical del hemisferio cerebral derecho compatible con polimicrogiria, displasia bilateral de hipocampos y agenesia del cuerpo calloso con comunicación interhemisférica. El electroencefalograma de vigilia y somnolencia fue normal. En controles posteriores no se registraron nuevas crisis, con adecuada adherencia a levetiracetam 500 mg cada 12 horas. Actualmente en seguimiento por CESFAM y neurología

Discusión y conclusiones: Este caso representa una presentación atípica de epilepsia estructural, dado el inicio sintomático en la adultez pese a la presencia de una malformación cortical congénita extensa. Si bien estas anomalías suelen detectarse precozmente por síntomas neurológicos o crisis tempranas, en algunos casos permanecen clínicamente silentes hasta un evento desencadenante. La ausencia de hallazgos en el EEG interictal refuerza el rol fundamental de la neuroimagen como herramienta diagnóstica. Este escenario plantea la necesidad de considerar malformaciones congénitas incluso en pacientes adultos sin antecedentes, frente a una primera crisis convulsiva. El manejo oportuno, el seguimiento especializado y la coordinación asistencial son claves para evitar recurrencias y complicaciones.

Palabras clave: Agenesia del cuerpo calloso, Displasia cortical, Epilepsia Levetiracetam, Polimicrogiria.

UNA VISIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL MIELOMA MÚLTIPLE EN CHILE: TASA DE MORTALIDAD DURANTE EL PERIODO 2016 A 2024

Autores: Flor Nayhibe Castillo Nieto (1). David Laureano Balseiro Sánchez (1), Luis Alejandro Yaraure Fermín (1), Wilfredo Emilio López Porras (1).
Afiliaciones: (1) Médicos CESFAM Santiago Nueva Extremadura, La Pintana, Santiago, Chile

Introducción: El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia hematológica maligna de células plasmáticas, con alta carga de morbilidad y mortalidad, especialmente en adultos mayores. A pesar de los avances terapéuticos, su pronóstico continúa siendo desfavorable en contextos con acceso limitado a diagnóstico precoz y terapias innovadoras. Este estudio se enmarca en el análisis epidemiológico de salud pública nacional, utilizando datos poblacionales para estimar la carga de enfermedad en Chile.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y cuantitativo. Se analizaron datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), considerando defunciones con diagnóstico principal de mieloma múltiple (CIE-10 C90) entre los años 2016 y 2024. Las variables estudiadas fueron sexo, grupo etario y región de residencia. Las tasas de mortalidad se calcularon por 100.000 habitantes, utilizando proyecciones poblacionales oficiales. El análisis estadístico fue descriptivo y se efectuó mediante Microsoft Excel 2023. No se requirió evaluación por comité de ética, ya que se utilizaron datos públicos y anónimos.

Resultados: Durante el periodo analizado, se registraron 4.542 defunciones por mieloma múltiple, con una TM global de 2,73 por 100.000 habitantes. El año con mayor TM fue 2017 (3,02), y el menor, 2020 (2,46). Los hombres presentaron consistentemente mayor mortalidad (2,90) que las mujeres (2,50). El grupo etario ≥80 años tuvo la TM más alta (24,25). Las regiones con mayor mortalidad fueron Maule (3,25) y Valparaíso (3,24), mientras que las tasas más bajas se observaron en Atacama (1,67) y Tarapacá (1,29).

Discusión y conclusiones: Los resultados evidencian un patrón de mayor mortalidad en hombres y adultos mayores, lo cual coincide con la literatura internacional. La disminución en 2020 podría estar asociada a subregistro durante la pandemia. Las desigualdades regionales observadas pueden reflejar brechas estructurales en el acceso a diagnóstico y tratamiento especializado. Este estudio aporta evidencia local relevante para el diseño de políticas públicas, particularmente en lo relativo a equidad territorial en salud y fortalecimiento del acceso a terapias oncohematológicas. Se recomienda profundizar en el análisis de determinantes sociales, territoriales y clínicos que influyen en la mortalidad por mieloma múltiple.

Palabras clave: Chile, Mieloma Múltiple, Mortalidad, Salud Pública

URGENCIA HIPERTENSIVA EN EDAD ESCOLAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO:

Autores: Bustamante Duarte Esperanza (1); Torrealba Iglesias Montserrat (1), Villouta Aburto Emilia (2)
Afiliaciones: (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Cordillera, Valparaíso. (2) Médico General de Zona, Hospital San José de Casablanca, Casablanca

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) en <18 años presenta una prevalencia entre 3% al 8%, con incremento progresivo por obesidad y sedentarismo. En este grupo, la HTA secundaria, representa hasta el 60 % de los casos en <6 años y cerca del 10-20% en adolescentes. La identificación temprana es crítica, pues se asocia a daño de órgano blanco y mayor probabilidad de hipertensión persistente en la adultez. El hiperaldosteronismo primario (HAP) es una etiología infrecuente, pero de gran impacto clínico. En este contexto, la toma sistemática de presión arterial (°PA) en la atención pediátrica cobra especial relevancia como estrategia de tamizaje y detección de formas secundarias graves.

Presentación del caso: Paciente femenina de 11 años, solo con antecedente de rinitis alérgica. Durante control de medicina preventiva se pesquisó °PA de 211/148 mmHg en brazo derecho y 210/141 mmHg en izquierdo, motivo por el cual fue derivada a unidad de emergencia pediátrica. Ingresó asintomática, con examen físico dentro de rangos normales. Los exámenes evidenciaron hipokalemia severa, alcalosis metabólica y función renal conservada. Se diagnosticó urgencia hipertensiva, iniciándose manejo con nifedipino oral, seguido de doxazosina y espironolactona, con buena respuesta tensional. Durante la hospitalización se documentó hipertrofia ventricular izquierda con compromiso septal, sin alteraciones oftalmológicas ni neurológicas. La evaluación endocrinológica mostró aldosterona elevada (42.3 ng/dL) y renina suprimida (<0.14 ng/mL/h), con índice aldosterona/renina >30, compatible con HAP hiporreninémico. El perfil tiroideo e inmunológico fueron normales, y la tomografía computarizada abdominal no mostró lesiones estructurales. Se mantuvo suplementación de potasio hasta normalización de la kalemia tras instauración de espironolactona, logrando control tensional estable y egreso con manejo ambulatorio multidisciplinario.

Discusión y conclusiones: El HAP es una causa infrecuente de HTA secundaria en pediatría, cuyo diagnóstico precoz previene daño cardiovascular irreversible. Este caso subraya la importancia de los controles preventivos del adolescente, en especial la medición rutinaria de °PA, que permitió detectar una urgencia hipertensiva asintomática. La pesquisa oportuna y el estudio etiológico dirigido posibilitaron un tratamiento específico y eficaz. La implementación de controles periódicos con registro tensional en programas escolares y de atención primaria resulta fundamental para la detección temprana de estos casos.

Palabras clave: Hipertensión, Hiperaldosteronismo, Pediatría.

USO DE PLATAFORMA HOSPITAL DIGITAL – TELEDIABETOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA RURAL

Autores: Elgueta Oyanedel Daniela Paola (1); Figueroa Mitelman Francisco Antonio (2)
Afiliaciones: (1) Médico EDF, CESFAM Pan de Azúcar, Coquimbo, Región de Coquimbo (2) Médico EDF, Hospital de Vicuña, La Serena, Región de Coquimbo.

Introducción: La telemedicina en diabetes es una estrategia del programa Hospital Digital (HD) del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), orientada a fortalecer la atención de personas con enfermedades crónicas. En zonas rurales, donde el acceso a especialistas es limitado, esta herramienta facilita una atención oportuna y continua, promoviendo la equidad en salud. A través del apoyo remoto de especialistas, se optimiza el manejo clínico y la derivación de pacientes según su complejidad. El objetivo de este estudio es describir las características de la población derivada mediante telemedicina desde el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Pan de Azúcar, en la comuna rural de Coquimbo.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de 25 pacientes derivados a nivel secundario por telediabetología desde nuestro CESFAM, en el periodo de enero a septiembre 2025. Se analizó sexo, edad, uso de insulinoterapia, indicación inhibidores del co-transportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2), necesidad de derivación a nivel secundario y sospecha de diabetes mellitus tipo 1, además de los que se derivaron por hipoglicemias recurrentes. No requirió de comité científico según lo estipulado en la Ley 20.120.

Resultados: De un total de 25 interconsultas realizadas, los pacientes presentaron edades comprendidas entre los 21 y los 80 años, con una edad promedio de 70 años. La mayoría correspondía a mujeres (68%), mientras que los hombres representaron el 32%. Un 84% de los pacientes ya se encontraba en tratamiento con insulinoterapia previamente. En el 24% de los casos se recomendó iniciar un inhibidor SGLT2, y en el 44% se indicó derivación al nivel secundario. En un 12% se planteó la sospecha de diabetes tipo 1, y solo un paciente fue derivado por un episodio de hipoglicemia.

Discusión y conclusiones: El manejo de pacientes con diabetes descompensada en atención primaria es un desafío, especialmente en zonas rurales, donde el acceso limitado a especialistas y los recursos restringidos dificultan el control metabólico. Factores como el sedentarismo y las limitaciones económicas agravan esta situación. En este contexto, la plataforma de Hospital Digital constituye un apoyo relevante, al orientar el manejo clínico y reducir derivaciones innecesarias, favoreciendo una atención más oportuna y equitativa.

Palabras clave: Atención primaria, Diabetología, Hospital Digital.

UVEITIS ANTERIOR AGUDA ASOCIADA A HLA-B27. A PROPOSITO DE UN CASO

Autores: Simon Lepian Cortes (1); Belén Tetzner Iturra (2)
Afiliaciones: (1) Médico general de zona, CESFAM de Carén, Comuna de Monte Patria, Caren (2) Médica general, CESFAM de Caren. Comuna de Monte Patria, Caren

Introducción: El ojo rojo es un motivo de consulta frecuente, lo que requiere identificar de manera precoz los signos y síntomas de alarma para un diagnóstico y tratamientos oportunos. La uveítis representa un grupo de enfermedades que cursan con ojo rojo, las cuales pueden presentar etiologías y gravedad muy variables. A continuación, se presenta el caso de una adolescente que consulta por este motivo, asociándose a signos de alarma

Presentación del caso: Paciente de 18 años consulta sin antecedentes conocidos consulta por cuadro de 3 días de evolución de ojo rojo derecho asociado a fotofobia. Consulta con oftalmólogo realizándose el diagnostico de conjuntivitis, indicándose tratamiento antibiótico tópico. Evoluciona tórpidamente, asociándose perdida de la agudeza visual y dolor ocular de ambos ojos, motivo por el cual consulta nuevamente. Se diagnostica uveítis anterior de origen no infeccioso, indicándose corticoterapia tópica y sistémica junto con derivación a reumatología para estudio. En su evaluación se solicitan exámenes de laboratorio general, panel de autoanticuerpos, y estudio de HLA-B27. Destacan anticuerpos antinucleares (ANA) y factor reumatoideo negativo, PCR baja, hemograma y orina completa sin alteraciones, HLA-B27 positivo. Responde con remisión de los síntomas, por lo cual se realiza decalaje de terapia, presentando rebrote de sus síntomas, sin lograr remisión volviendo a la dosis original. Ante esto se decide iniciar terapia inmunosupresora con metotrexato (previamente se descartan infecciones latentes) con lo cual presenta nuevamente remisión, logrando realizar el decalaje de la corticoterapia. Se mantiene terapia con este inmunosupresor en dosis decreciente, con lo cual no ha vuelto a presentar nuevos episodios

Discusión y conclusiones: La uveítis anterior asociada a HLA-B27 es una entidad relativamente frecuente dentro de este grupo de enfermedades. Puede ocurrir sin presencia de una espondiloartropatia. Habitualmente son agresivas, y recurrentes, por lo cual requieren un diagnóstico y derivación al especialista de forma oportuna, así como el mantener un manejo estrecho en su fase aguda para evitar complicaciones. El tratamiento de mantenimiento varia en cada paciente, por lo cual este debe ser personalizado

Palabras clave: Antigeno HLA-B27, Oftalmologia, Reumatologia, Uveitis, Urgencias medicas

VALOR DE LA ECOGRAFÍA MÚSCULO-ESQUELÉTICA EN DOLOR ARTICULAR PERSISTENTE: EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA:

Autores: Jury Salinas Catalina Ignacia (1); Jury Salinas Osvaldo (2)
Afiliaciones: (1) Médico Cirujano, CESFAM Lorenzo Arenas, Concepción. (2) Médico General de Zona, Hospital Doctor Roberto Muñoz Urrutia, Huépil. (3) Médico General de Zona, Hospital Dr. Arturo Hillerns Larrañaga, Puerto Saavedra.

Introducción: El dolor articular persistente constituye una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria, generando una elevada carga de morbilidad y limitación funcional en la población adulta. En la mayoría de los casos, el origen corresponde a afecciones mecánicas o tendíneas, cuyo diagnóstico depende de la anamnesis y el examen físico, herramientas que presentan limitaciones para identificar lesiones estructurales con precisión. En este escenario, la ecografía músculo-esquelética (EME) ha emergido como una técnica diagnóstica accesible, inocua y costo-efectiva, que permite una evaluación dinámica de tendones, bursas y estructuras articulares, mejorando la exactitud diagnóstica y el enfoque terapéutico en el primer nivel de atención. El presente estudio, enmarcado en el área de investigación clínica aplicada a la atención primaria, tuvo como objetivo general evaluar la utilidad clínica de la ecografía músculo-esquelética en el diagnóstico y manejo de pacientes con dolor articular persistente. De manera complementaria, se buscó describir los hallazgos ecográficos más frecuentes y analizar la influencia de la EME en las decisiones clínicas, particularmente en la necesidad de derivación a especialidad y en la orientación del manejo terapéutico inicial.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo observacional realizado entre abril y octubre de 2025 en el CESFAM Lorenzo Arenas, Concepción. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con dolor articular persistente (>3 meses) que fueron evaluados mediante ecografía músculo-esquelética por médico radiólogo extrasistema. Se registraron variables demográficas, articulación comprometida, hallazgos ecográficos, derivación a especialista y evolución clínica al control de 8 semanas. Los datos fueron sistematizados en planilla Excel y analizados con estadística descriptiva simple. Aspectos éticos: Estudio sin intervención terapéutica; se obtuvo consentimiento informado verbal de los participantes. No requirió evaluación por comité de bioética institucional.

Resultados: Se evaluaron 28 pacientes, edad promedio 47 años (rango 28–69), 68% mujeres. Las articulaciones más afectadas fueron hombro (53%), rodilla (21%) y tobillo (14%). Los hallazgos ecográficos más frecuentes correspondieron a tendinosis (46%), bursitis (25%) y derrame articular leve (18%). En el 64% de los casos, el diagnóstico inicial clínico fue confirmado por la ecografía. El uso de EME evitó derivación traumatológica en el 57% de los pacientes, permitiendo manejo conservador local con analgesia y kinesioterapia. A las 8 semanas, el 82% presentó mejoría clínica significativa y recuperación funcional parcial o total.

Discusión y conclusiones: La ecografía músculo-esquelética constituye una herramienta diagnóstica resolutiva, precisa y costo-efectiva en atención primaria, especialmente en pacientes con dolor articular persistente. Su incorporación sistemática mejora la precisión diagnóstica, optimiza el uso de recursos y fortalece la capacidad resolutiva de los equipos de salud del primer nivel. Estos resultados son consistentes con la literatura internacional, que reconoce el valor de

la ecografía en la detección precoz de patología tendínea y articular. Se recomienda integrar la formación en ecografía músculo-esquelética dentro del perfil de competencias del médico familiar y su inclusión en protocolos diagnósticos estandarizados de patología osteomuscular.

Palabras clave: Arthralgia, Ultrasonography, Primary Health Care, Diagnosis, Musculoskeletal System

VASCULITIS POR INMUNOGLOBULINA A EN ADULTOS. UN CASO POCO COMÚN

Autores: Álvarez Lobo Tomás (1); Martínez Matus Constanza (1); Zuñiga Barros Rodrigo (1); Sotomayor Arribas Sebastián (2)
Afiliación: Médico General de Zona, CESFAM El Roble, Santiago (1) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago (2)

Introducción: La vasculitis por inmunoglobulina A (IgA), corresponde a una vasculitis de pequeños vasos mediada por depósitos de IgA1. Es más frecuente en edad pediátrica, y en adultos tiene una incidencia de 1 a 2 casos por millón de habitantes al año. Su presentación tardía suele asociarse a mayor morbilidad y compromiso renal. En Atención Primaria de Salud (APS), su diagnóstico representa un desafío dada su baja incidencia y la necesidad de diferenciarla de otras vasculitis sistémicas o causas de púrpura. El objetivo de este caso es describir la presentación clínica, el abordaje diagnóstico y la evolución de una vasculitis IgA en adulto con afectación renal, destacando la importancia del reconocimiento precoz y la derivación oportuna desde APS.

Presentación del caso: Paciente adulta sin antecedentes mórbidos relevantes consulta en APS por aparición progresiva de lesiones purpúricas palpables en extremidades inferiores, asociadas a artralgias y edema, de días de evolución. Sin uso de medicación reciente, fiebre ni cuadro respiratorio asociado. Debido a la persistencia del cuadro y sospecha de compromiso sistémico, fue derivada a urgencias, donde se hospitaliza para estudio de posible daño renal. Durante la hospitalización se pesquisó microhematuria y proteinuria, motivo por el cual fue evaluada por nefrología. Los exámenes demostraron lesión renal aguda con hematuria dismórfica y cilindros hemáticos en el sedimento urinario, compatibles con glomerulonefritis por IgA, diagnóstico confirmado mediante biopsia renal. Se indicó tratamiento inmunosupresor con corticoides sistémicos y control seriado de función renal, con evolución clínica favorable. La paciente otorgó su consentimiento informado para la presentación académica del caso, resguardando su confidencialidad.

Discusión y conclusiones: La vasculitis por IgA en adultos presenta un curso más severo que en niños, con mayor riesgo de daño renal crónico. El diagnóstico requiere alta sospecha clínica ante la tríada de púrpura palpable, artralgias y compromiso renal. La biopsia renal es fundamental para confirmar la enfermedad y evaluar el pronóstico. Este caso resalta el rol de APS en la pesquisa precoz y derivación oportuna ante la sospecha, evitando progresión a insuficiencia renal crónica. Su difusión busca reforzar la vigilancia clínica frente a esta entidad infrecuente pero potencialmente grave.

Palabras clave: Purpura, Schoenlein-Henoch, Glomerulonefritis, Vasculitis por IgA.

VASCULITIS REUMATOIDE CON COMPLICACIONES MULTISISTÉMICAS EN MUJER DE 37 AÑOS: UN DESAFÍO TERAPÉUTICO

Autores: Diez Lagos Camilo (1); Neumann Klein Josefina (1), Faundez Chabouty Camila (2)
Afiliaciones: (1) Médico general de zona, Cesfam Teodoro Schmidt, Teodoro Schmidt. (2) Médico general, departamento salud municipal Temuco, Temuco.

Introducción: La vasculitis reumatoide es una complicación infrecuente de la artritis reumatoide que puede llevar a manifestaciones multisistémicas severas. Este caso destaca la complejidad del manejo de una paciente con vasculitis reumatoide acompañada de insuficiencia respiratoria, miocarditis y compromiso renal, subrayando la importancia de un enfoque multidisciplinario en el tratamiento.

Presentación del caso: Paciente femenina de 37 años, con antecedentes de artritis reumatoide, ingresó al hospital por disnea progresiva y hemoptisis. Al ingreso, presentaba hipoxemia severa (saturación oxigeno 86%) y opacidades bilaterales en el TAC de tórax. Se descartaron infecciones virales y bacterianas comunes. La paciente desarrolló insuficiencia respiratoria, requiriendo ventilación mecánica y ECMO. Los exámenes revelaron ANCA C positivo, lo que apoyó el diagnóstico de vasculitis reumatoide. Se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona y rituximab, con mejora moderada. Durante la hospitalización, la paciente presentó complicaciones como miocarditis, insuficiencia renal con requerimientos de terapia de reemplazo renal, y episodios de delirium, manejados con tratamiento multidisciplinario. El tratamiento antibiótico extensivo fue necesario debido a múltiples infecciones nosocomiales.

Discusión y conclusiones: El manejo de la vasculitis reumatoide severa requiere un enfoque integral, considerando el riesgo de complicaciones multisistémicas. Este caso ilustra la importancia de la colaboración entre reumatología, neumología, nefrología y cuidados intensivos para optimizar los resultados terapéuticos. Se destaca la necesidad de vigilancia continua para infecciones secundarias y manejo cuidadoso de la inmunosupresión. Proponemos la implementación de protocolos estandarizados para el manejo de complicaciones en vasculitis reumatoide, que podrían mejorar los resultados a largo plazo en estos pacientes complejos.

Palabras clave: Artritis reumatoidea, Miocarditis, Vasculitis

VÉRTIGO PERIFÉRICO COMO PRESENTACIÓN DE MEDULOBLASTOMA

Autores: Aguirre Aguirre Pablo (1); Vásquez Salinas Valentina (2) Hepp Dekovic Bastián (3)
Afiliaciones: (1) Médico general de zona, CESFAM Remingio Sapunar, Arica. (2) Médico general de zona, CESFAM Iris Veliz Hume, Arica (3) Médico general de zona, Posta Salud Rural San Miguel de Azapa, Arica

Introducción: Al enfrentarse a un paciente con vértigo, una de las tareas a realizar es diferenciar si lo que presenta corresponde a un vértigo central o periférico. Para esto existe la exploración del impulso oculocefálico, el nistagmo y la prueba de alineamiento (HINTS), considerada positiva si una de las tres resulta alterada; la cual es razonablemente precisa para diagnosticar una causa central del síndrome vestibular agudo, que si bien en manos no expertas puede tener baja sensibilidad, es la herramienta más utilizada en la práctica del médico general. Dentro de las causas de vértigo central, el meduloblastoma es una causa poco frecuente en el adulto, pero puede debutar con síntomas de vértigo periférico.

Presentación del caso: Se presenta información previa firma de consentimiento informado. Masculino de 18 años, sin antecedentes mórbidos, presentó cuadro de 1 mes de evolución de mareos, vómitos y vértigo de inicio súbito, asociado a descoordinación braquial derecha. En su primera consulta en Urgencias, al examen físico presentaba HINTS negativo, sin focalidad neurológica; se indicó difenidol. Consultó nuevamente una semana después por mala respuesta al tratamiento. Al examen se agregó nistagmo horizontal no agotable, dismetría y disdiadococinesia en brazo derecho. Se sospechó vértigo central dado nuevos hallazgos y se derivó a Urgencias de Hospital de Arica, donde se tomó Tomografía computada de cerebro, evidenciando masa cerebelosa. Se hospitalizó, se tomó Resonancia Magnética con contraste, donde se evidencia tumor sólido quístico cerebeloso derecho de cuatro centímetros, efecto de masa en cuarto ventrículo y obliteración parcial de cisternas peritroncales. Se realizó biopsia excisional, que resultó meduloblastoma grado 4, subtipo anaplásico. Evolucionó con mejoría de síntomas y en comité oncológico se decidió iniciar radioterapia.

Discusión y conclusiones: Este caso demuestra que, aunque el HINTS es una herramienta útil, un examen neurológico completo sigue siendo imprescindible. El meduloblastoma, un tumor maligno del sistema nervioso central, ha sido reportado que puede presentarse como vértigo periférico e incluso puede simular un vértigo postural paroxístico benigno. Este caso enfatiza la importancia de la reevaluación clínica, el examen detallado y la derivación oportuna, que permiten reconocer causas centrales graves y optimizar el pronóstico del paciente.

Palabras clave: Fosa craneal posterior, Meduloblastoma, Vértigo.