

**IV JORNADA VIRTUAL
MGZ - ARAUCO/BIOBIO
2025**



**LIBRO RESÚMENES
MEDICINA**

TÍTULO TRABAJO	DEL	FASCITIS NECROTIZANTE DE PROGRESIÓN FULMINANTE: REPORTE DE UN CASO
CLASE		H) Especialidades (Medicina de Urgencia)
CATEGORÍA		Caso Clínico (CC)
AUTOR		Rivas Muñoz Martín (1)
CO-AUTORES		Pinilla Hermosilla Matías (1), Urrutia Arias, Pablo (1), Guarda Selaive, Vicente (1)
AFILIACIÓN		(1)Médico General, Hospital Dr. Rafael Avaria Valenzuela, Curanilahue
INTRODUCCIÓN		La fascitis necrotizante (FN) es una infección grave de tejidos blandos, caracterizada por rápida progresión y alta mortalidad. Su similitud inicial con cuadros como la celulitis dificulta el diagnóstico temprano, el cual se alcanza sólo en el 15-34% de los casos. En el caso, presentamos a un paciente cuyo curso fulminante de la enfermedad deja patente la necesidad de mantener un alto índice de sospecha.
PRESENTACIÓN DEL CASO		Hombre de 55 años, con antecedente de psoriasis, consulta por dolor súbito en muslo izquierdo de tres días de evolución, sin traumatismo. Es egresado con sospecha de desgarró muscular. Horas más tarde presenta deterioro del sensorio, siendo trasladado en ambulancia. Ingresa en paro cardiorrespiratorio, logrando retorno a la circulación tras un ciclo de reanimación. Al examen físico se observan bulas hemorrágicas de hasta 4 cm, fenómeno de Nikolsky positivo en piel circundante y pulsos distales presentes. Exámenes revelan hiperlactatemia, acidosis metabólica severa, falla renal aguda, marcadores inflamatorios elevados y creatinquinasa aumentada. La angiotomografía muestra hematomas intramusculares y hemo-retroperitoneo izquierdo. Se manejó con antibióticos de amplio espectro, fluidoterapia, soporte transfusional y vasopresores a dosis plenas (tres agentes), sin respuesta clínica. Evoluciona con progresión de lesiones hacia escroto y dorso, falleciendo tras seis horas de tratamiento intensivo. Los cultivos de herida y hemocultivos resultaron positivos para <i>Streptococcus pyogenes</i> .
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES		La FN es una entidad infecciosa rápidamente progresiva que evoluciona prontamente a shock séptico, alcanzando una mortalidad cercana al 50%. Inicialmente las lesiones pueden simular una celulitis, pero debe entenderse que la infección se desarrolla primeramente en

la fascia muscular y luego se extiende a hipodermis y dermis, razón por la cual lo que se aprecia en la superficie cutánea es “la punta del iceberg”. Junto a las medidas de soporte y antibióticos, la evaluación quirúrgica temprana puede ser determinante para la sobrevida en estos pacientes.

PALABRAS CLAVE	Choque séptico, fascitis necrotizante, sepsis
TÍTULO DEL TRABAJO	ELEFANTIASIS VERRUCOSA NOSTRA, MANIFESTACIÓN CUTÁNEA DE UNA DESCOMPENSACIÓN MULTISISTÉMICA:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Dermatología)
AUTOR	Vera Johnson Catalina (1)
CO-AUTORES	Silva López María Fernanda (2), Castro Galaz Sebastián (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Alberto Bachelet Martínez, Santiago (2) Médica General de Zona, CECOSF Los Libertadores, Santiago (3) Médico General de Zona, Hospital Familiar y Comunitario de Lanco, Lanco
INTRODUCCIÓN	La elefantiasis verrucosa nostra (EVN) corresponde al grado más severo del linfedema obstructivo crónico. Es una manifestación cutánea infrecuente, caracterizada por una hipertrofia desfigurante de la piel, con cambios epidérmicos y dérmicos severos, fibrosis, lesiones hiperqueratósicas, verrucosas, papilomatosas y nodulares, que adoptan una apariencia similar a un empedrado. Varios factores pueden provocar obstrucción linfática y desencadenar EVN, entre ellos neoplasias compresivas, radioterapia, insuficiencia cardíaca congestiva, obesidad, hipotiroidismo y estasis venosa crónica. El tratamiento depende de la causa y severidad, y puede ser médico o quirúrgico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia venosa crónica y obesidad, con mal control metabólico. Hace un año inició con edema progresivo en extremidades inferiores, acompañado de úlceras venosas. Seis meses después, aparecieron lesiones papilomatosas y verrucosas en el dorso del pie derecho, con deformidad. Al examen físico se observó edema infrarrotuliano bilateral y múltiples pápulas

confluentes de consistencia firme en el dorso del pie derecho. Por teledermatología se confirmó EVN, derivándose a nivel secundario para manejo con drenaje linfático y venoso, y evaluación por cirugía vascular. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación del caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La EVN representa una manifestación terminal del linfedema crónico, primario o secundario. Afecta comúnmente extremidades inferiores de forma distal. El diagnóstico es clínico e histológico, excluyendo procesos malignos. Estudios de imagen permiten evaluar la obstrucción y tejidos blandos. En este caso, la EVN fue secundaria a patologías crónicas descompensadas que perpetuaron el linfedema. No existe tratamiento curativo; el enfoque debe ser multidisciplinario, corrigiendo comorbilidades y aplicando terapia compresiva. La cirugía se reserva para casos severos sin respuesta, por su alta tasa de complicaciones y riesgo de recidiva.		
PALABRAS CLAVE	Edema, Elefantiasis, Linfedema		
TÍTULO DEL TRABAJO	CETOACIDOSIS EUGLUCÉMICA COMO DEBUT DE CÁNCER DE PÁNCREAS EXOCRINO:		
CLASE	Caso Clínico		
CATEGORÍA	b) Medicina Interna		
AUTOR	Jarufe Gayoso Catalina (1)		
CO-AUTORES	Jarufe Soto	Gayoso Perich	Amanda Ivo (2) (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF Cesfam Dr Alberto Reyes, Tomé. (2) Interno Universidad San Sebastián sede Patagonia, Puerto Montt. (3) Médico AP ACHS Salud, Coronel.		
INTRODUCCIÓN	El cáncer de páncreas (CaP) es una neoplasia de alta letalidad, habitualmente diagnosticada en etapas avanzadas debido a su presentación clínica inespecífica. La relación entre la diabetes y el CaP exocrino se encuentra ampliamente descrita en la literatura, sin embargo, la dicotomía entre el estado diabético como causa etiológica del cáncer o consecuencia del mismo no se ha logrado resolver.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 87 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en control de morbilidad por cuadro de tres meses de evolución		

caracterizado por anorexia, adinamia y baja de peso no cuantificada. Se solicitan exámenes generales, destacando hemoglobina glicosilada de 16%, glicemia en ayuno en rango y cetonuria positiva. El resto de los exámenes fue normal. En control posterior para revisión de exámenes, la paciente refiere aparición de nuevos síntomas: náuseas y vómitos postprandiales, acompañados de signos clínicos de deshidratación severa. Se decide derivar a servicio urgencias. En urgencias se realiza scanner de abdomen, evidenciando masa de la cabeza del páncreas con compromiso duodenal, compatible con neoplasia pancreática avanzada. Se inicia manejo de soporte y se deriva a equipo de cirugía.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Trabajos in vitro postulan que el CaP produce una afección paraneoplásica de las células β pancreáticas caracterizada por la liberación de exosomas de adrenomedulina, inhibiendo la liberación de insulina por estrés del retículo endoplásmico. Epidemiológicamente, la relación entre el CaP y la diabetes de reciente aparición es estadísticamente significativa, sobre todo en pacientes con índice de masa corporal (IMC) <25 . Para efectos de este caso, el debut ocurre en contexto de una cetoacidosis euglucémica, explicada por una hipo-ingesta calórica secundaria a la anorexia característica del CaP. Recomendamos realizar una búsqueda dirigida del CaP en pacientes con diabetes de reciente aparición, sobre todo en aquellos con IMC <25 o que debutan con cetoacidosis euglucémica sin otros factores de riesgo asociados.

PALABRAS CLAVE Neoplasia de Páncreas, Diabetes Mellitus, Acidosis.

TÍTULO DEL TRABAJO COLANGITIS BILIAR PRIMARIA COMO HALLAZGO EN ESTUDIO DE COLESTASIS EN PACIENTE JOVEN, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA Medicina Interna

AUTOR Muñoz Aguilera, Maximiliano (1)

CO-AUTORES Salazar Vargas, Paola (1); Cid Vera, Josefa (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Lanco, Lanco.

INTRODUCCIÓN La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática crónica de carácter autoinmune que se caracteriza por la destrucción progresiva de los conductos biliares intrahepáticos. Predomina en

mujeres entre la quinta y sexta década, aunque puede presentarse en edades más tempranas. Se asocia frecuentemente a otras enfermedades autoinmunes y puede manifestarse inicialmente con síntomas inespecíficos como prurito, fatiga, xantelasmas o alteraciones en pruebas hepáticas de perfil colestásico.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente femenina de 37 años, con antecedentes de hipotiroidismo, dislipidemia. Consultó por cuadro de un año de evolución caracterizado por orina de mal olor, xantelasmas periorbitarios, prurito, síndrome Sicca, y saciedad precoz. Al examen físico no presentó ictericia clínica ni dolor abdominal. Los exámenes destacaron: patrón colestásico con elevación de la bilirrubina conjugada y alteración en perfil lipídico: Colesterol Total: 427 mg/dL, lipoproteína de baja densidad: 250 mg/dL. Los anticuerpos antimitocondriales (AMA) positivos en títulos altos (1:640). La Colangiorensonancia descartó obstrucción biliar y litiasis, pero mostró esplenomegalia y adenopatías retroperitoneales inespecíficas. Se planteó el diagnóstico de CBP y se inició tratamiento con ácido ursodesoxicólico y manejo sintomático del prurito.

**DISCUSIÓN
Y CONCLUSIONES**

La CBP es una patología infradiagnosticada en etapas tempranas, especialmente en pacientes jóvenes y sin manifestaciones clínicas clásicas. Este caso destaca una presentación atípica en una mujer menor de 40 años, sin historia familiar clara, pero con síntomas sistémicos y manifestaciones extrahepáticas. El hallazgo de AMA (+) elevado junto a alteraciones colestásicas y sintomatología compatible permiten establecer el diagnóstico. Es crucial la detección precoz para iniciar tratamiento oportuno y evitar progresión a cirrosis. La CBP debe considerarse en el diagnóstico diferencial de colestasis persistente, incluso en pacientes jóvenes. El reconocimiento oportuno de signos clínicos sutiles como prurito, xantelasmas y síndrome sicca, junto al uso adecuado de herramientas serológicas y de imagen, permite un manejo adecuado y mejora del pronóstico.

**PALABRAS
CLAVE**

Colangitis Biliar Primaria, Ictericia, Prurito.

**TÍTULO
DEL
TRABAJO**

LATRODECTISMO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE RABDOMIOLISIS, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE

Medicina Interna

CATEGORÍA

Caso clínico (cc)

AUTOR	Bugueño Sierra Antonia (1)
CO-AUTORES	León Marchant Andrés (1) Schade Villagran Catalina (1) Bertin Villegas Fernanda (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de la Familia y Comunidad de Yumbel, Yumbel (2) Médico Cirujano, Hospital de la Familia y Comunidad de Yumbel, Yumbel
INTRODUCCIÓN	La rabdomiólisis se caracteriza por la destrucción rápida de fibras musculares, liberando su contenido intracelular a la circulación, lo que se manifiesta principalmente por dolor muscular, debilidad, orina oscura y elevación de creatina quinasa total (CKT). Por otro lado, el veneno de la araña viuda negra puede inducir efectos neuromusculares y sistémicos, manifestándose con síntomas similares. A continuación, se presenta un caso clínico con el objetivo de ampliar su sospecha como diagnóstico diferencial.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 35 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por mialgias generalizadas de horas de evolución que no cede a analgesia, principalmente con dolor en miembros inferiores. Ingresa hipertenso, sin otros hallazgos. En laboratorio destaca CKT 494 U/L, lo que genera sospecha de rabdomiolisis. Pese a bolos de analgesia persiste quejumbroso e inquieto, se recontrola con CKT hasta 1900 U/L. Se reevalúa al paciente, destaca ahora la presencia de eritema, prurito y dolor urente en región cervical donde se identifica la picadura de insecto. Ante la sospecha de latroductismo se hospitaliza en Unidad de Terapia Intensiva Médica, iniciándose tratamiento con neostigmina e hidratación profusa. Evoluciona favorablemente, con reducción del dolor y normalización progresiva de los niveles de CKT.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La rabdomiolisis y el latroductismo comparten síntomas similares, lo que plantea un reto diagnóstico. En este caso, el diagnóstico diferencial fue esencial, ya que los mecanismos patológicos y enfoques terapéuticos varían considerablemente. La respuesta favorable al tratamiento con neostigmina y la mejora en los niveles de CKT apoyaron la sospecha de latroductismo sobre rabdomiolisis. Este caso destaca la importancia de considerar el contexto clínico y la evolución del paciente al tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas. Un diagnóstico temprano y un enfoque personalizado son cruciales para evitar complicaciones graves, como insuficiencia renal o secuelas neuromusculares.

PALABRAS CLAVE	Araña Viuda Negra, Latrosectismo, Rabdomiolisis.
TÍTULO DEL TRABAJO	LEPTOSPIROSIS GRAVE CON HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN PACIENTE JOVEN TRAS EXPOSICIÓN RECREACIONAL: REPORTE DE CASO
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	B) Medicina Interna
AUTOR	Barz Olmedo Catalina (1)
CO-AUTORES	Reyes Santana Mauricio (2), Saravia Valderrama Juan (2)
AFILIACIÓN	(1) Médica Cirujana, Hospital de Lota, Lota. (2) Médico General de Zona, Hospital de Lota, Lota.
INTRODUCCIÓN	La leptospirosis es una zoonosis bacteriana transmitida por contacto con agua o suelos contaminados por orina de animales infectados. Una de sus formas más graves es la hemorragia alveolar difusa (SHAD), complicación poco frecuente pero con alta letalidad. Se presenta el caso de un paciente joven previamente sano que evolucionó a SHAD, destacando la importancia de la sospecha clínica precoz en contextos rurales.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 29 años, sin antecedentes mórbidos, con historia de baño recreacional en río Colcura semana previa a inicio de síntomas. Consultó por cuadro de 7 días de evolución de fiebre, mialgias con predominio en gastrocnemios, cefalea y diarrea no disintérica. En Servicio de Urgencia del Hospital de Lota se presentó icterico, taquicárdico, febril, con laboratorio que destaca insuficiencia renal aguda, hiperbilirrubinemia y parámetros inflamatorios elevados. Por sospecha de Leptospirosis, se inicia antibioticoterapia, notificación a Epivigila y toma de serologías. Evoluciona con hemoptisis masiva, desaturación e inestabilidad hemodinámica, sin respuesta a cristaloides, requiriendo oxígeno de alto flujo, drogas vasoactivas y corticoides. Se deriva a centro de mayor complejidad. En hospital de referencia ingresa en estado grave: anuria, ictericia, taquipnea, acidosis mixta. Se realiza tomografía de tórax, que informa hemorragia alveolar difusa. Ingresa a Unidad de Cuidados Intermedios. Se realiza intubación orotraqueal e inicia terapia de reemplazo renal continua (TSR). Evoluciona con buena respuesta al manejo intensivo: logra extubación, se suspende TSR tras recuperación renal y se estabiliza hemodinámicamente. Es trasladado a sala de menor complejidad, hemodinámicamente estable, ventilando

espontáneamente, afebril y con función renal normalizada. El diagnóstico se confirma con serología IgM positiva para *Leptospira*.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso representa una presentación grave de leptospirosis. La sospecha oportuna desde atención primaria permitió una derivación eficiente y manejo precoz. Dado que la SHAD es poco reportada en Chile, compartir experiencias clínicas permite fortalecer su reconocimiento y respuesta sanitaria.

PALABRAS CLAVE Hemorragia Pulmonar, Leptospirosis, Zoonosis.

TÍTULO DEL TRABAJO COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA Cirugía

AUTOR Sierra Cáceres Bárbara (1)

CO-AUTORES Huilcan Morales Jaime (2), Carvallo Vallejos Valentina (3), Ancatén Elgueta Vanesa (1)

AFILIACIÓN (1) Médico Art. 9, Servicio de Salud Araucanía Sur, Hospital Abraham Godoy Peña, Lautaro. (2) Médico general de zona, Servicio de Salud Araucanía Sur, CESFAM Federico Thieme, Perquenco (3) Médico general de zona, Servicio de Salud Araucanía Sur, Hospital Abraham Godoy Peña, Lautaro.

INTRODUCCIÓN La colecistitis aguda alitiásica (CAA) es una enfermedad aguda necroinflamatoria de la vesícula biliar con una patogenia multifactorial como procesos infecciosos de estirpe viral o bacteriano, cirugía mayor, fármacos, traumatismos, ventilación mecánica, nutrición parenteral, quemaduras, entre otras. Supone aproximadamente el 10% de todos los casos de colecistitis aguda y se asocia con elevadas tasas de morbilidad y mortalidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente de 62 años con antecedentes de diabetes y dislipidemia, consulta por dolor abdominal de 7 horas de evolución, asociado a vómitos profusos. Al examen físico destaca Murphy (+), se realiza ecografía abdominal con signos de colecistitis aguda alitiásica, por lo que se indica antibiótico EV (ceftriaxona + metronidazol). Evoluciona tórpidamente por lo que se escala a meropenem + tazonam y se solicita resonancia magnética abdomen destacando colecistitis gangrenosa perforada con colección subhepática. Dado buena evolución clínica

posterior a cambio de tratamiento antibiótico, se decide colecistectomía diferida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La CAA supone un reto debido a la menor prevalencia y dificultad a la hora de diferenciarla de aquella litiásica, siendo la ecografía la principal prueba ante la sospecha diagnóstica. Es clave un diagnóstico precoz por la rápida progresión de la CAA a procesos de gangrena y perforación, como ocurrió en este caso. El tratamiento antibiótico debe iniciarse lo más precozmente posible y debería cubrir los patógenos más frecuentes de la familia de enterobacterias, incluyendo Gram negativos y anaerobios. La colecistectomía percutánea (CP) es capaz de controlar la CAA en un 85-90% de pacientes, aunque las tasas de éxito oscilan del 56% al 100%. El tratamiento definitivo de la CAA es la colecistectomía (CE) abierta o laparoscópica, ya que permite revisar el estado de la vesícula biliar si existe perforación, empiema o gangrena, y llevar a cabo una resección.

PALABRAS CLAVE Colecistitis aguda, Dolor abdominal, Colecistectomía.

TÍTULO DEL TRABAJO USO DE DIURÉTICOS Y SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA EN PACIENTE CON ASCITIS REFRACTARIA COMO COMPLICACIÓN DE DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina interna

AUTOR Arancibia Espinoza Hugo (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital Dr. Mario Sánchez Vergara, La Calera

TÍTULO DEL TRABAJO USO DE DIURÉTICOS Y SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA EN PACIENTE CON ASCITIS REFRACTARIA COMO COMPLICACIÓN DE DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO:

INTRODUCCIÓN La ascitis es la acumulación de líquido en la cavidad peritoneal, comúnmente provocada por hipertensión portal secundaria a daño hepático crónico (DHC). Su incidencia es del 5-7%, y al cabo de 10 años, el 60% de los pacientes la desarrollan. De estos, un 5-10% sufrirá ascitis refractaria, definida por la persistencia o recurrencia temprana del líquido (< 4 semanas) a pesar de tratamiento adecuado. Puede ser

resistente a diuréticos (no responde a dosis máximas ni a dieta sin sal) o intratable, cuando los efectos adversos limitan su uso. Una opción de manejo es la combinación de solución hipertónica con diuréticos. El diagnóstico y tratamiento deben adaptarse a las características del paciente, con monitoreo farmacológico, medición de diuresis y control de la pérdida de peso. A continuación, se presenta el caso de un paciente con DHC y ascitis refractaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 68 años con DHC, presentó disnea de 2 días y ascitis GIII. Saturación límite. Líquido ascítico citrino: leucocitos 30, glucosa 124, proteína 3.3, pH 7.44, ADA 40, LDH 296. Fue ingresado con diuréticos dosis máxima (400 mg de espironolactona y 160 mg de furosemida) sin mejoría. Se inició infusión continua de furosemida (300 mg) y solución hipertónica al 3% (150 ml/día), junto con apoyo nutricional y albúmina. A los 3 días, se observó regresión de la ascitis y se traslapo a diuréticos orales, logrando egreso hospitalario.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La monitorización clínica en pacientes tratados con diuréticos a dosis máximas para ascitis es clave para detectar refractariedad. El tratamiento con furosemida y solución hipertónica (HSS) podría ser beneficioso, ya que favorece la expansión del volumen y la reducción de la presión portal sinusoidal. Esto disminuye la actividad de la renina plasmática y los niveles de aldosterona, aumentando el flujo sanguíneo renal, la filtración y la natriuresis, logrando así el control de la ascitis.
PALABRAS CLAVE	Daño Hepático Crónico, Ascitis, Solución Salina Hipertónica, Diuréticos
TÍTULO DEL TRABAJO	ANÁLISIS DE LA TASA DE MORTALIDAD POR INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO ENTRE 2020-2024, EN LA REGIÓN DE O'HIGGINS, CHILE:
CLASE	Trabajo de investigación (TI)
CATEGORÍA	f) Salud pública
AUTOR	Contreras Calderón Nicolás (1)
CO-AUTORES	Rojas Garcés Belén (2), Contreras Calderón Danitza (3), Tobar Quinteros, Bernardo (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Marchigüe, Marchigüe (2) Médico General de Zona, Departamento de Salud Municipal Pichidegua, Pichidegua (3) Médico General APS, Centro de Salud Familiar Palmilla, Palmilla (4) Médico General de Zona, Hospital de Marchigüe, Marchigüe

INTRODUCCIÓN		El infarto agudo al miocardio (IAM) corresponde a la necrosis de cardiomiocitos por isquemia. A nivel mundial, constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. En Chile, al menos un 3,3% de la población reporta un IAM. Sin embargo, a nivel regional no existen datos epidemiológicos oficiales sobre la mortalidad por IAM. Objetivos: Calcular la tasa de mortalidad por IAM entre el 2020-2024, en la región de O'Higgins, por año, sexo, grupo etario y lugar de ocurrencia.
MATERIALES Y MÉTODOS	Y	Estudio observacional descriptivo y transversal, con datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) para IAM. Se calcularon tasas de mortalidad, tendencia y porcentajes. Al tratarse de datos públicos, no requirió evaluación por comité de ética.
RESULTADOS		Entre 2020 y 2024, se registraron 1.785 decesos por IAM en O'Higgins, con una tasa global de 39,04. La tasa más alta se observó en 2023 (40,57) y la más baja en 2020 (37,61). Los hombres presentaron mayor mortalidad (50,34) que las mujeres (27,91), con picos en 2023 (30,73) y 2022 (28,86), respectivamente. Por grupo etario, la mayor tasa correspondió a personas ≥80 años (397,25), seguidas por 65-79 años (228,49), 45-64 años (54,65) y 20-44 años (5,31). El 44,09% de las muertes ocurrieron en domicilio, 34,57% en hospitales y 21,34% en otros lugares.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Y	La baja tasa en 2020 podría reflejar subregistro debido a la pandemia. El aumento en 2023 se asociaría a descompensaciones por interrupción de controles. Las diferencias por sexo coinciden con la literatura. La elevada mortalidad en personas mayores refleja el envejecimiento poblacional. El alto porcentaje de decesos en casa sugiere barreras de acceso oportuno. Este estudio entrega evidencia local para optimizar políticas públicas, reforzando prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, principalmente en los grupos de riesgo.
PALABRAS CLAVE		Epidemiología, Infarto del miocardio, Mortalidad
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA: NO TODO ES TRATAMIENTO EMPÍRICO
CLASE		Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA		h) Especialidades: Urología
AUTOR		Sofía Manoli Barriga (2)

CO-AUTORES	Giancarla Gambi Rodriguez (1), Karla Muñoz Saldias (2), Antonia Ignacia Mello Aja (3)
AFILIACIÓN	(1) Médica EDF, Hospital San Agustín, Collipulli (2) Médica EDF, Hospital Familia y Comunidad Yumbel, Yumbel (3) Interna Medicina, Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán, Universidad Católica de la Santísima Concepción
INTRODUCCIÓN	La pielonefritis (PNA) enfisematosa es una infección urinaria grave, necrosante y potencialmente letal, causada por bacterias productoras de gas como <i>E. coli</i> y <i>Klebsiella pneumoniae</i> . Afecta principalmente a mujeres con diabetes tipo 2 mal controlada. Su diagnóstico requiere imágenes por síntomas inespecíficos. El tratamiento depende de la gravedad e incluye antibióticos, drenaje percutáneo o nefrectomía en casos severos. Es más común en países en desarrollo y requiere manejo oportuno y especializado
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina 73 años, con antecedentes de insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, cardiopatía coronaria, hipertensión arterial, dislipidemia, ingresa a urgencias de Hospital de Yumbel por sospecha de infección vías urinarias asociado a lesión renal aguda KDIGO I, se trata con 1 dosis de ceftriaxona endovenosa, que luego se suspende por urocultivo negativo, sin embargo por persistencia de sintomatología, además de realización de ecoscopia con gas perirrenal, asociado a inestabilidad hemodinámica se decide derivar previo maniobras de reanimación inicial, como sospecha inicia pielonefritis enfisematosa. Al ingreso Hospital base de los ángeles, con tendencia a la hipotensión, normocárdica, en exámenes de laboratorio destaca leucocitos 7800 Proteína C reactiva (PCR) 328 creatinina 2.56. Se realiza scanner, compatible con PNA enfisematosa. Es evaluada por urología, descartando resolución quirúrgica por lo que ingresa para continuar manejo. Se inicia antibiotico de segunda línea con buena respuesta completando 7 días
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La pielonefritis enfisematosa es una patología grave sin guías claras de manejo. Requiere alto índice de sospecha, evaluación de gas, destrucción renal, estado hemodinámico y factores de mal pronóstico. Su tratamiento debe ser dinámico, con seguimiento estrecho y adaptación terapéutica oportuna según la evolución clínica del paciente séptico.
PALABRAS CLAVE	Pielonefritis, uropatógenos, sepsis.

TÍTULO DEL TRABAJO	DEL DOLOR LUMBAR COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE CANCER DE PRÓSTATA, EN RELACIÓN A UN CASO
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades: Urología
AUTOR	Sofía Manoli Barriga (2)
CO-AUTORES	Giancarla Gambi Rodriguez (1), Karla Muñoz Saldias (2), Antonia Ignacia Mello Aja (3)
INTRODUCCIÓN	El cáncer de próstata es el tumor maligno más frecuente en hombres en países desarrollados, y en Chile presenta la mayor incidencia, siendo la tercera causa de muerte por cáncer. Su frecuencia aumenta con la edad y está relacionada con la acción de los andrógenos masculinos. Los principales factores de riesgo son la edad avanzada y la raza caucásica y asiática. Aunque inicialmente es asintomático, en etapas avanzadas puede presentarse con síntomas urinarios derivados del crecimiento prostático benigno. El diagnóstico se sospecha por la elevación del antígeno prostático específico (APE), detectándose niveles superiores a 3 ng/ml en el 98,4% de los casos. En etapas avanzadas, es común la presencia de metástasis óseas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente 56 años, sin antecedentes, con múltiples consultas en urgencias por lumbago, sin banderas rojas, manejo sintomático con AINES y paracetamol, sin respuesta. Ante la persistencia de síntomas, se solicita RMN de columna lumbar, que informa infiltración vertebral multifocal sugestiva de enfermedad ósea metastásica, destacando compromiso en D12, L2 y L4, además de estenosis secundaria y lesiones en vértebras dorsolumbares y huesos sacroilíacos. Se decide hospitalizar para continuar el estudio de un posible cáncer primario desconocido, manejo del dolor y presentación en comité oncológico. En laboratorio destaca APE de 100.000 ng/ml, por lo que se asume cáncer de próstata. El resto de los exámenes resultan normales. Se deriva a urología, donde se realiza biopsia e inicia hormonoterapia. Posteriormente, el paciente presenta retención urinaria y paraplejia, lo que motiva un nuevo estudio mediante TAC, evidenciándose raquiestenosis severa desde T4 a L2. Se descarta radioterapia urgente y se opta por manejo paliativo y rehabilitación. Con analgesia multimodal y terapia física, el paciente logra bipedestación asistida con andador fijo.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El cáncer de próstata puede debutar como lumbago; el diagnóstico precoz permite mejor manejo paliativo y rehabilitación.

PALABRAS CLAVE	Próstata, Cáncer, Metástasis oseas
TÍTULO DEL TRABAJO	Pielonefritis obstructiva: importancia del diagnóstico oportuno ante presentaciones clínicas poco frecuentes
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades: Urología
AUTOR	Sofía Manoli Barriga (2)
CO-AUTORES	Giancarla Gambi Rodriguez (1), Karla Muñoz Saldias (2), Antonia Ignacia Mello Aja (3)
AFILIACIÓN	(1) Médica EDF, Hospital San Agustín, Collipulli (2) Médica EDF, Hospital Familia y Comunidad Yumbel, Yumbel (3) Interna Medicina, Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán, Universidad Católica de la Santísima Concepción
TÍTULO DEL TRABAJO	Pielonefritis obstructiva: importancia del diagnóstico oportuno ante presentaciones clínicas poco frecuentes
INTRODUCCIÓN	La pielonefritis obstructiva es una forma de pielonefritis aguda causada por una obstrucción en el tracto urinario superior, generalmente secundaria a cálculos ureterales, que impide el flujo normal de orina y favorece la infección renal. Esta condición es de alta gravedad, pues la obstrucción aumenta el riesgo de complicaciones como sepsis y shock séptico, requiriendo intervenciones urgentes para aliviar la obstrucción y tratar la infección. Factores como edad avanzada, diabetes mellitus y presencia de bacterias multirresistentes son predictores de mal pronóstico, asociándose a hospitalizaciones prolongadas y riesgo elevado de sepsis.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 73 años, con antecedentes de diabetes, artrosis y dependencia moderada, hospitalizada inicialmente por fiebre sin foco y mialgias. Ingresó con sospecha de neumonía adquirida en la comunidad, iniciándose antibióticos de amplio espectro. Ante persistencia de parámetros inflamatorios elevados y evolución tórpida, es derivada a centro de referencia. Se realiza TAC de tórax, abdomen y pelvis, que descarta neumonía pero revela hidroureteronefrosis bilateral por múltiples cálculos ureterales, cistolitiasis, nefrolitiasis y focos de nefritis en riñón izquierdo. Hemocultivos resultan positivos para Klebsiella variicola. Es evaluada por urología, instalándose pigtail en pabellón, con salida de piuria a izquierda. Se maneja como pielonefritis aguda complicada,

completando 14 días de ceftriaxona con buena respuesta clínica. Se plantea tratamiento definitivo mediante litotripsia, considerando riesgos perioperatorios.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El reconocimiento precoz de cuadros clínicos atípicos y la decisión de ampliar estudios son esenciales, incluso en pacientes sin factores de riesgo claros. Una vez controlada la sepsis, debe abordarse la causa obstructiva subyacente, mediante procedimientos como ureteroscopia o litotricia extracorpórea, según la condición clínica específica de cada paciente.

PALABRAS CLAVE Pielonefritis, obstrucción, complicaciones

TÍTULO DEL TRABAJO LA POLICITEMIA DETRÁS DE MOTIVOS DE CONSULTA FRECUENTES: A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC).

CATEGORÍA b) Medicina Interna.

AUTOR Parraguez Rodríguez Alexander (1).

CO-AUTORES Cristian Campos Sepúlveda (1), Gajardo Balladares Julio (1).

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Carol Urzúa, San Bernardo.

TÍTULO DEL TRABAJO LA POLICITEMIA DETRÁS DE MOTIVOS DE CONSULTA FRECUENTES: A PROPÓSITO DE UN CASO:

INTRODUCCIÓN La policitemia hace referencia al aumento en la concentración de hemoglobina o hematocrito en la sangre periférica, por lo que puede generar distintos tipos de cuadros clínicos, caracterizado por dolor torácico, cefalea, visión borrosa, trombosis, cianosis, entre otros. Existen múltiples causas de policitemia, pudiéndose clasificar como policitemia primaria, las relacionadas con mutaciones genéticas; o por otro lado, policitemia secundaria (PS), que es el reflejo del aumento de eritropoyetina sérica debido principalmente a hipoxia crónica y tumores.

A raíz de lo anterior, se debe realizar un estudio exhaustivo en búsqueda de la causa. Existen tratamientos para controlar síntomas, reducir complicaciones y prolongar supervivencia. Dentro del primer grupo, se práctica la flebotomía terapéutica. El siguiente caso clínico expone la conducta a seguir en motivos de consulta generales, sin caer en un diagnóstico apresurado.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 60 años, con antecedente de hipertensión arterial y tabaquismo con un índice paquete/año de 20, acude a urgencias por presentar cuadros repetitivos de cefaleas, diaforesis y lipotimias. Ingresa hipertenso y con bradicardia, se realizan exámenes donde destaca hemoglobina 16.4 g/dL y hematocrito 45.9% sin alteraciones al frotis sanguíneo, además se realiza tomografía computarizada de cerebro, tórax, abdomen y pelvis con contraste, sin hallazgos de importancia. Se complementa estudio con holter de ritmo, que se reporta sin anormalidades. Finalmente, se decide manejo de PS, y se realiza flebotomía de 500 mL, que resulta con una mejoría notable del cuadro y una evolución favorable del paciente.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso descrito, refleja la importancia de lograr tener un amplio abanico diagnóstico para motivos de consulta generales, lograr realizar un estudio dirigido, y por sobre todo entregar un tratamiento beneficioso para el paciente, como lo fue la flebotomía. En particular, el estudio debe seguir hasta descartar causas graves y potencialmente mortales.
PALABRAS CLAVE	Flebotomía, Hipoxia, Policitemia.
TÍTULO DEL TRABAJO	DEMENCIA SUBAGUDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	G) Neurología
AUTOR	Do Valle Monken Luiza (1)
CO-AUTORES	Schulten Solimano Katia (1), Mellado Riquelme Carol (1), Salvatierra Fernández Paloma (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Juan Cartes Arias, Lota. (2) Interno de medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción.
TÍTULO DEL TRABAJO	DEMENCIA SUBAGUDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
INTRODUCCIÓN	La parálisis supranuclear progresiva (PSP) es una enfermedad neurodegenerativa causada por la acumulación de isoformas de la proteína TAU a nivel cerebral. Se caracteriza principalmente por

anomalía de los movimientos oculares verticales, pero también por inestabilidad postural, caídas, rigidez axial, deterioro cognitivo y dificultades en la deglución. Su diagnóstico puede ser desafiante, especialmente en etapas tempranas o en ausencia de síntomas típicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 52 años sin antecedentes mórbidos relevantes quien presentó cuadro de pérdida de conciencia con contusión frontal y posterior convulsión tónico-clónica. Al ingreso de urgencias se objetivó hemiparesia derecha leve y desorientación temporoespacial, por lo que se decidió hospitalización para estudio. Durante esta, TAC cerebral mostró atrofia cerebral y leucoaraiosis periventricular. Además se realizaron exámenes generales, ANA, Complemento, punción lumbar, VIH, VDRL, Vitamina B12, Vitamina D3, pruebas tiroideas; sin hallazgos infecciosos, autoinmunes ni metabólicos. EEG sin alteraciones. Finalmente, RMN cerebral informó cambios involutivos infratentoriales y supratentoriales con compromiso mesencefálico, parálisis supranuclear progresiva, leucopatía supratentorial y atrofia difusa del cuerpo calloso. Por lo anterior paciente fue dado de alta con diagnóstico de demencia subaguda e indicación de controles ambulatorios con neurología por demencia de presentación atípica y manejo multidisciplinario.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El diagnóstico diferencial de una demencia subaguda incluye causas infecciosas, autoinmunes, metabólicas y neurodegenerativas. En este paciente, el diagnóstico de PSP se estableció principalmente por hallazgos de neuroimagen, ya que la clínica fue de evolución más rápida de lo habitual en una patología de difícil diagnóstico en etapas iniciales. A diferencia de otros casos donde la PSP suele debutar con dificultades oculomotoras, este paciente presentó pérdida de conciencia y consecuente demencia con deterioro funcional. El diagnóstico suele retrasarse debido a la superposición con otras demencias atípicas, por lo que la sospecha diagnóstica es esencial y el estudio con neuroimagen adecuado es imprescindible.

PALABRAS CLAVE Parálisis supranuclear progresiva, Demencia, Neuroimagen

TÍTULO DEL TRABAJO MELANOMA CUTANEO EN RODILLA CON METÁSTASIS CEREBRAL, UNA PRESENTACIÓN NEUROLÓGICA INSIDIOSA:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA g) Neurología

AUTOR Muñoz Bustos Diego (1)

CO-AUTORES	De la Fuente Contreras Juan (2), Alaña Wandersleben Erich (3), Budd Cofré Maximiliano (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Pueblo Seco, San Ignacio. (2) Médico General de Zona, CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo, Alto Hospicio. (3) Médico General, CESFAM Pueblo Seco, San Ignacio.
INTRODUCCIÓN	El melanoma es un cáncer de piel poco frecuente, estrechamente ligado a la exposición a radiación ultravioleta. Representa la tercera causa de metástasis cerebrales, con una incidencia del 20 al 40% al diagnóstico. Su presentación clínica varía según la localización, así el presente caso persigue evidenciar el rol del examen físico en un contexto donde la sospecha y derivación temprana son clave para mejorar el pronóstico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 60 años, solo con antecedente de dislipidemia, consultó en atención primaria traída por familiares por cuadro de vértigo de 7 días de evolución que se acompañó de un compromiso de conciencia en domicilio de alrededor de un minuto. Además, refirió cuadros de vértigo intermitentes desde hace 6 meses. Se derivó a hospital de referencia por sospecha de accidente cerebrovascular en período de ventana. Al examen físico de ingreso no se describieron signos focales ni otras alteraciones. Se solicitó scanner de cerebro que evidencio proceso expansivo intraaxial frontal parasagital derecho y frontal basal izquierdo sugere de implantación secundaria. A la evaluación secundaria en servicio de urgencias se consignó lesión nodular ulcerada en hueso poplíteo derecho, se biopsió confirmando melanoma. Paciente se hospitalizó para completar estudios de diseminación donde se determinó que cuadro se encontraba fuera de alcance quirúrgico siendo ingresada a Programa de Cuidados Paliativos.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Las metástasis cerebrales son los tumores más frecuentes del sistema nervioso central. Su presentación clínica es variable debido a su localización heterogénea, lo que exige considerarlas en el diagnóstico diferencial de múltiples trastornos neurológicos. Aunque el diagnóstico definitivo se basa en neuroimágenes, la detección temprana de signos neurológicos focales y la identificación de la neoplasia primaria son esenciales para mejorar el pronóstico. Por ello, una anamnesis detallada y un examen físico minucioso resultan fundamentales para orientar el estudio y permitir un manejo adecuado y oportuno de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE	Melanoma, Metástasis Cerebral, Signos clínicos.
TÍTULO DEL TRABAJO	INTERVENCIÓN OPORTUNA EN TRASTORNO DELIRANTE: UN CASO DE PSICOSIS AGUDA EN URGENCIAS:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades
AUTOR	Yucra Morales Constanza (1)
CO-AUTORES	Arispe Cayo Vanessa (2), Favre Rodríguez Lorena (3)
AFILIACIÓN	(1) Medico General de Zona, CESFAM Víctor Bertín Soto, Arica (2) Medico General de Zona, Posta San Miguel de Azapa, Arica (3) Médico General de Zona, CESFAM Víctor Bertín Soto, Arica
INTRODUCCIÓN	Los trastornos psicóticos agudos representan una urgencia psiquiátrica, su detección y tratamiento precoz logran una duración más corta del síntoma y efectos positivos sobre el estado clínico y funcional a 5 años del primer episodio. El trastorno delirante (TD) es un trastorno psicótico en el que se presentan una o varias ideas delirantes de al menos 1 mes de evolución, en personas de mediana o avanzada edad y sus tasas de respuesta a tratamiento varía entre 5 - 50%. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de psicosis que consulta en servicio de urgencias donde el reconocimiento precoz conduce a tratamiento oportuno con buen pronóstico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente adulta 55 años, sin antecedentes psiquiátricos, presentó cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por ideas delirantes de sufrir control mental por medios de inteligencia artificial por terceros. Solicitó asistencia policial en varias ocasiones, convencida de que estaba "hackeada". Fue llevada por familiares a servicio de urgencia por asociarse a conductas disruptivas, constataron alteración de juicio realidad, indicaron hospitalización por trastorno psicótico agudo. Durante hospitalización evidenciaron sistema delirante en torno a la idea mencionada, sin alteración del ánimo. Tomografía axial computarizada de cerebro, exámenes sanguíneos y electroencefalograma resultaron sin hallazgos patológicos. Indicaron Olanzapina hasta dosis de 30 miligramos al día, sin respuesta completa. Realizaron 2 sesiones de terapia electroconvulsiva con remisión de ideas delirantes con juicio de las mismas. Fue dada de alta a los 29 días con diagnóstico de TD, indicaron

continuar fármacos y seguimiento por especialista. Se solicitó consentimiento informado para presentación de estudio clínico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El TD es una causa de trastorno psicótico que consulta a servicio de urgencia, por lo que es importante un reconocimiento precoz para una detección temprana que conducirá a una mejor respuesta a tratamiento y pronóstico más favorable.

PALABRAS CLAVE Antipsicóticos, Trastornos mentales, Trastornos psicóticos.

TÍTULO DEL TRABAJO DEBUT DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA SEVERO OLIGOSINTOMATICO EN ADULTO MEDIO ,REPORTE DE CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR San Martín Toledo Hernán (1)

CO-AUTORES Herrera Troncoso Andrés (2)
Norín Maldonado Janitza (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Licantén, Licantén (2) Médico General de Zona, CESFAM de Villa Alegre, Villa Alegre (3) Médico General de Zona, CESFAM de Llay Llay, Llay Llay

INTRODUCCIÓN La Trombocitopenia Inmune Primaria (PTI) es una enfermedad autoinmune caracterizada por trombocitopenia aislada, resultado de la destrucción plaquetaria acelerada y producción subóptima. Su presentación clínica es heterogénea, desde asintomática hasta hemorragias graves que amenazan la vida, requiriendo un diagnóstico diferencial acucioso y un manejo estratificado según el riesgo hemorrágico. Se presenta un caso de PTI de debut severo en un adulto, destacando el abordaje diagnóstico-terapéutico inicial y el seguimiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 47 años, con Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus tipo 2(DM2), consultó en octubre de 2023 tras cuadro gastrointestinal (posible consumo de sulfonamida), seguido por púrpura húmeda y petequias .Ingresó al Hospital de Curicó (26/10/2023) con plaquetas de 3.000/ μ L . Se diagnosticó PTI, iniciando transfusión plaquetaria y Prednisona 80 mg /día . Durante la hospitalización (hasta 17/11/2023), recibió Inmunoglobulina Intravenosa (IgIV) (2g/kg) con aumento plaquetario (>150.000/ μ L) .

Estudios descartaron causas secundarias . La Biopsia de médula ósea (BMO) (planificada ambulatoria) se realizó el 01/12/2023, mostrando hiperplasia megacariocítica dismórfica compatible con PTI . Al alta (plaquetas 86.000/ μ L), se indicó Prednisona 40mg/día y se añadió Micofenolato (MMF) 500mg c/12h como terapia de segunda línea (3). La evolución posterior fue favorable, permitiendo el descenso y suspensión de Prednisona (abril 2024) y

retiro de MMF, manteniendo respuesta plaquetaria sostenida ($>150.000/\mu$ L) solo con ácido fólico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso ilustra un debut severo de PTI que requirió manejo hospitalario intensivo con terapias de primera línea (corticoides, IgIV) según guías internacionales. La adición de MMF como segunda línea al alta buscó consolidar la respuesta y permitir el ahorro de corticoides. La BMO fue clave para descartar otras patologías. La excelente respuesta permitió la suspensión de la inmunosupresión. La detección temprana y el manejo coordinado fue esencial.

PALABRAS CLAVE Púrpura Trombocitopénica Idiopática, Terapia, Trombocitopenia.

TÍTULO DEL TRABAJO DEPRESIÓN MAYOR, ANSIEDAD SEVERA Y PENSAMIENTO DISFUNCIONAL HACIA MUJERES EN JOVEN CON ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD RÍGIDA

CLASE CASO CLINICO (CC)

CATEGORÍA H) Especialidades: Psiquiatría

AUTOR Cárdenas Salazar Karla (1)

CO-AUTORES Murillo Pacheco Miguel (2)
Blanco Rivero Yuris (2)
Peralta Hernández Margory (2)

AFILIACIÓN (1) Médico general de zona, CESFAM Nororiente, Los Ángeles (2)
Médico cirujano, CESFAM Nororiente, Los Ángeles

INTRODUCCIÓN En atención primaria de salud (APS), es frecuente manejo de pacientes jóvenes con trastornos afectivos, especialmente cuando se entrelazan con factores socioculturales, trauma temprano y rasgos de personalidad disfuncionales. Esta comorbilidad puede dificultar abordaje terapéutico y aumentar riesgo cronicidad. El siguiente caso, expone paciente con depresión mayor, ansiedad y pensamiento

suicida pasivo, en contexto de aislamiento social y sistema de creencias rígido. El objetivo es discutir desafíos diagnósticos y terapéuticos asociados a presentaciones complejas.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino, 26 años, sin pareja ni redes apoyo significativas. Había suspendido estudios y se encontraba trabajando en ámbito rural. En seguimiento por episodio depresivo, historia ansiedad generalizada, crisis de pánico, rumiación persistente y sentimiento de vacío existencial. Refirió ideación suicida pasiva desde adolescencia, verbalizando que no deseaba vivir más allá de los 30 años y esperaba muerte de padres para suicidarse, sin planificación ni intención activa actual. Durante controles, discurso verborreico, tono elevado, irritabilidad y pensamiento rígido, centrado en creencias misóginas: consideraba mujeres como infieles, manipuladoras e inmorales. Idealizaba figura femenina sumisa, con conductas intachables, sin experiencias sexuales. Manifestó sentimiento de fracaso personal, baja autoestima y percepción de no merecer afecto. Se inició tratamiento con venlafaxina, trazodona y clonazepam; mantuvo psicoterapia, planificación de intervención domiciliaria y presentación en consultoría psiquiátrica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Cuadro clínico se caracterizó por coexistencia de síntomas afectivos severos y patrón cognitivo disfuncional persistente, llevó a sospechar trastorno personalidad, posiblemente espectro límite o mixto. Ideación suicida, pasiva y sin intención actual, reflejaba desesperanza estructurada. Presencia de creencias rígidas, especial hacia figuras femeninas, dificultaba relación terapéutica y evidenciaba esquemas mal adaptativos de origen temprano. Este caso plantea controversias diagnósticas respecto al momento oportuno para pesquisar trastornos personalidad en juventud, así como desafío terapéutico de intervenir con recursos limitados. El abordaje integral, con enfoque biopsicosocial y trabajo intersectorial, se consideró esencial para evitar cronificación de sintomatología.

PALABRAS CLAVE Aislamiento Social; Ideación Suicida; Sexismo; Trastorno Depresivo Mayor; Trastorno de personalidad limítrofe.

TÍTULO DEL TRABAJO UN AUMENTO SILENCIOSO Y LATENTE DE LA SÍFILIS EN CHILE: A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Jerez Durán, Nicolás (1)

CO-AUTORES	Inostroza Espinoza, Jorge (2); Tapia Muñoz, Josefa (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción. (2) Médico Cirujano, CESFAM Pedro de Valdivia, Concepción. (3) Médica General de Zona, CESFAM Pedro de Valdivia, Concepción.
INTRODUCCIÓN	La sífilis es una enfermedad bacteriana de transmisión sexual y vertical causada por el <i>Treponema pallidum</i> (TP), cuyas manifestaciones clínicas difieren según la etapa de la enfermedad, desde manifestaciones locales y transitorias en estadíos iniciales, hasta secuelas a nivel sistémico de no efectuarse un diagnóstico y manejo oportuno. A nivel mundial la incidencia de infección por TP ha aumentado en los últimos años, constituyendo un problema importante de salud pública en sus distintos niveles de atención. A continuación se presenta un caso de sífilis secundaria pesquisado a nivel primario de atención.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 53 años sin antecedente mórbidos que consultó por cuadro de 1 mes de evolución de lesiones eritematodescamativas en extremidades inferiores asociado a rash papular de distribución cefalocaudal con compromiso de cuero cabelludo y plantar bilateral, asociado a adenopatías cervicales e inguinales, sin lesiones en zona genital. Refirió como antecedente de última relación sexual sin uso de preservativo y sin pareja sexual única hace 7 meses. Se solicitó exámenes de laboratorio donde se pesquisó RPR reactivo en título de 1:64, siendo derivado a nivel secundario para manejo como cuadro de sífilis secundaria. Se solicitó autorización para publicación de caso al paciente, firmando consentimiento informado correspondiente.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El 2022 la sífilis alcanzó su tasa máxima en 10 años en Chile, correspondiente a 48,3 casos por cien mil habitantes, que geográficamente predominaron en la zona norte y con un aumento de casos en población extranjera, planteando la inmigración como posible fenómeno asociado. Tanto VDRL como RPR, como técnicas de screening para infección por TP, cada vez se encuentran más disponibles en los diferentes niveles de atención, sin embargo constituyen medidas de prevención secundaria, sugiriendo que un fortalecimiento en lo programas de salud sexual como prevención primaria pudiese constituir una estrategia eficaz para disminuir su incidencia en territorio nacional.
PALABRAS CLAVE	Chile, Incidencia, Sífilis.

TÍTULO DEL TRABAJO	ENFERMEDAD DE KIKUSHI-FUJIMOTO Y SU ASOCIACIÓN CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Esperguen Núñez Josefa (1)
CO-AUTORES	Barra Rodríguez Francisca (2), Cifuentes Villalobos Antonia (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Departamento de Salud Municipal de Vicuña, (2) Médico General de Zona, Hospital San Juan de Dios de Vicuña, Vicuña
TÍTULO DEL TRABAJO	ENFERMEDAD DE KIKUSHI-FUJIMOTO Y SU ASOCIACIÓN CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, REPORTE DE UN CASO:
INTRODUCCIÓN	La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) es una linfadenitis necrotizante histiocítica, más frecuente en mujeres jóvenes, que se presenta con fiebre, fatiga y adenopatías cervicales. Su causa es desconocida, aunque se ha postulado como gatillante la infección por <i>Mycoplasma pneumoniae</i> . Además, se ha asociado al posterior desarrollo de enfermedades autoinmunes, por ejemplo, el lupus eritematoso sistémico (LES). El objetivo de este caso es dar a conocer esta patología y destacar la importancia de realizar un seguimiento estrecho ante el riesgo de evolución hacia enfermedades autoinmunes.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta el caso de una paciente de 46 años, con antecedente de hipotiroidismo, que consultó por fatiga, inapetencia, fiebre y aumento de volumen cervical izquierdo de tres semanas de evolución. Los estudios mostraron anemia y elevación de parámetros inflamatorios, además de IgM positiva para <i>Mycoplasma pneumoniae</i> . La biopsia de la adenopatía reveló linfadenitis necrotizante histiocítica, compatible con EKF. La paciente respondió favorablemente al tratamiento con macrólidos, pero un mes después desarrolló poliartralgias inflamatorias y se identificó ANA positivo con patrón nuclear, compatible con LES, iniciándose tratamiento inmunomodulador con buena evolución clínica.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La EKF es una entidad inflamatoria sistémica poco frecuente y de curso generalmente benigno. Su diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas y en la histopatología. Ante la creciente evidencia de su relación con enfermedades autoinmunes, especialmente en pacientes con síntomas sistémicos significativos, resulta fundamental mantener

un seguimiento prolongado para identificar oportunamente signos de progresión autoinmune.

PALABRAS CLAVE	Linfadenitis necrotizante histiocítica, Lupus eritematoso sistémico, Mycoplasma pneumoniae
TÍTULO DEL TRABAJO	DE LA INFLAMACIÓN CUTÁNEA AL DAÑO CORNEAL, LEUCOMA CORNEAL SECUNDARIO A QUERATITIS ULCERATIVA POR ROSÁCEA OCULAR:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades
AUTOR	Muñoz Bustos Diego (1)
CO-AUTORES	De la Fuente Contreras Juan (2), Alaña Wandersleben Erich (3), Budd Cofré Maximiliano (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Pueblo Seco, San Ignacio. (2) Médico General de Zona, CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo, Alto Hospicio. (3) Médico General, CESFAM Pueblo Seco, San Ignacio.
INTRODUCCIÓN	La rosácea es una enfermedad crónica que afecta predominantemente la piel, sin embargo, en más de la mitad de los casos, involucra manifestaciones oculares que van desde blefaritis y conjuntivitis hasta la queratitis ulcerativa (QU). Aunque rara, la QU puede causar daños irreversibles, como leucoma corneal. La sospecha y derivación oportunas son esenciales para garantizar un pronóstico visual favorable.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 38 años, con antecedente de rosácea sin tratamiento, consultó por dolor, fotofobia y ojo rojo izquierdo de un año de progresión. Al examen físico, se consignó ojo rojo profundo izquierdo asociado a úlcera corneal evidenciable con tinción de fluoresceína. Se derivó a la Unidad de Trauma Ocular donde se confirmó lesión de epitelio estromal de 1 milímetro con absceso estromal en hora 5 a 7, pannus periférico del ojo izquierdo y secreción mielicérica adherida en pestañas inferiores. Se diagnosticó queratitis ulcerativa y se inició tratamiento con colirio de moxifloxacino, doxiciclina y prednisona oral. Se citó a control semanalmente con evolución tórpida de lesión inicial confirmándose finalmente leucomas difusos que comprometieron el eje visual, asociado a vascularización corneal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El leucoma corneal secundario a queratitis ulcerativa en rosácea ocular es una complicación grave que afecta la transparencia corneal y la agudeza visual. Su diagnóstico se basa en antecedentes de rosácea, signos inflamatorios crónicos y opacidad corneal, no obstante, las manifestaciones oculares son evidentes en etapas tempranas de la enfermedad. El tratamiento incluye antibióticos, antiinflamatorios y, en casos graves, trasplante corneal. En la práctica clínica, su reconocimiento temprano es clave para evitar secuelas visuales y mejorar la calidad de vida del paciente, subrayando la importancia de un enfoque multidisciplinario entre dermatología y oftalmología.
PALABRAS CLAVE	Opacidad de la Córnea, Rosácea, Úlcera Corneal.
TÍTULO DEL TRABAJO	ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN ADOLESCENTE CON DISOCIACIÓN AFECTIVA Y TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA:
CLASE	CASO CLINICO (CC)
CATEGORÍA	H) Especialidades: Psiquiatría
AUTOR	Cárdenas Salazar Karla (1)
CO-AUTORES	Blanco Rivero Yuris (2) Peralta Hernández Margory
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, CESFAM Nororiente, Los Ángeles (2) Médico cirujano, CESFAM Nororiente, Los Ángeles
INTRODUCCIÓN	Los trastornos depresivos en adolescencia son causa creciente de morbilidad en salud mental. Cuando coexisten condiciones del neurodesarrollo, como Trastorno del Espectro Autista (TEA), se complejiza reconocimiento y abordaje terapéutico. La identificación de síntomas afectivos en pacientes con limitaciones en expresión emocional o estilos cognitivos rígidos representa un reto clínico frecuente en dispositivos de salud mental infanto-juvenil. Este caso tiene como objetivo analizar abordaje diagnóstico y terapéutico integral en adolescente con sintomatología depresiva severa y disociación afectiva en contexto de TEA alto funcionamiento.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino, 13 años, evaluado en Salud Mental, febrero 2023. Madre refirió síntomas gastrointestinales, irritabilidad y agresividad, sin respuesta favorable a sertralina. Posteriormente, en evaluación psiquiátrica, se suspendió sertralina e indicó fluoxetina, quetiapina y aripiprazol. Se observó alerta permanente, hipersensibilidad

emocional, rechazo
 Refirió nunca haber sentido alegría, sensación constante de tristeza, despersonalización y rechazo a experiencias íntimas. Se diagnosticó TEA alto funcionamiento, episodio depresivo y trastorno personalidad. Tras reacción adversa a fluoxetina, inició escitalopram con buena respuesta clínica. En seguimiento en Centro Comunitario de Salud Mental Familiar y Atención Primaria, se evidenció mejoría funcional y adaptación social. Al alta, permanecía en tratamiento con escitalopram 20 mg con evolución favorable.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso refleja controversias actuales sobre coexistencia entre trastornos del estado de ánimo y TEA. El diagnóstico de depresión en pacientes neurodivergentes sigue siendo un desafío, por superposición de síntomas afectivos y características propias del TEA, como disociación emocional o retraimiento social. Existen debates en torno a utilización de inhibidores selectivos de recaptación de serotonina en esta población, considerando alta tasa de efectos adversos y necesidad de monitoreo estrecho. El abordaje exitoso de este caso psicofarmacológico y fortalecimiento del entorno psicosocial, demostrando mejora significativa al ajustar farmacoterapia a necesidades del paciente.

PALABRAS CLAVE Adolescente; Despersonalización; Fobia Social; Trastorno depresivo; Trastorno del espectro autista.

TÍTULO DEL TRABAJO HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA IDIOPÁTICA: REPORTE DE UN CASO.

CLASE Caso Clínico

CATEGORÍA G) Neurología

AUTOR Elgueta Oyanedel Daniela (1)
 Villarroel Flores Natalia (2)
 López Valdivia Freya (3)
 Arcos Rojas Franco (4)

AFILIACIÓN (1) Médico en Etapa de Destinación y formación, CESFAM Rural Pan de Azúcar, Coquimbo
 (2) Médico Atención Primaria de Salud, CESFAM Rural Pan de Azúcar, Coquimbo
 (3) Médico Atención Primaria de Salud, CESFAM Padre Alberto Hurtado, comuna de Macul, Santiago.

(4) Médico en Etapa de Destinación y formación, CESFAM Marcos Macuada, Ovalle

INTRODUCCIÓN	El pseudotumor cerebral (PTC), también conocido como hipertensión intracraneal idiopática (HII), es un trastorno caracterizado por un aumento de la presión intracraneal (PIC), que se manifiesta principalmente con cefaleas, papiledema, alteraciones visuales y, en algunos casos, acúfenos pulsátiles. Todo esto puede presentarse a pesar de que los estudios de neuroimagen y del líquido cefalorraquídeo (LCR) sean normales. Afecta predominantemente a mujeres con sobrepeso en edad fértil.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 48 años con obesidad, presenta cefalea unilateral de un mes de evolución, dolor ocular y epífora izquierda, sin ojo rojo. Se añade pérdida visual. Al examen, presenta reflejo aferente disminuido, campimetría alterada y reflejo rotuliano izquierdo disminuido, sin otras alteraciones neurológicas. Se solicitó RMN cerebral y análisis de sangre, con resultados normales. Se realiza punción lumbar con presión de apertura elevada (38 cm H ₂ O), con análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) normal.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La HII puede imitar otras patologías neurológicas y oftalmológicas. Su diagnóstico se confirma con punción lumbar en ausencia de hallazgos en neuroimagen. El tratamiento precoz y el control del peso previenen complicaciones visuales. Aunque poco frecuente, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la cefalea.
PALABRAS CLAVE	Cefalea – alteración ocular - hipertensión endocraneana.
TÍTULO DEL TRABAJO	MÁS ALLÁ DEL EXANTEMA, ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA SECUNDARIA A LA INFECCIÓN POR HERPES ZOSTER:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	g) Neurología
AUTOR	Muñoz Bustos Diego (1)
CO-AUTORES	De la Fuente Contreras Juan (2), Alaña Wandersleben Erich (3), Budd Cofré Maximiliano (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Pueblo Seco, San Ignacio. (2) Médico General de Zona, CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo, Alto Hospicio. (3) Médico General, CESFAM Pueblo Seco, San Ignacio.

INTRODUCCIÓN	La encefalomielitis aguda diseminada (ADEM) es un trastorno desmielinizante inflamatorio posterior a infecciones o vacunaciones. Si bien la presentación en adultos es infrecuente, siendo clásicamente un cuadro pediátrico, estos concentran una mayor tasa de mortalidad y peor pronóstico funcional. Así, resulta fundamental dar a conocer esta patología, cuya evolución depende en gran medida de la rapidez en su identificación y manejo terapéutico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 60 años, con antecedente de dislipidemia, consultó en el Servicio de Urgencias por cefalea holocránea de una semana y alteración de la marcha. Al examen, presentó movimiento en extremidades inferiores pero sin vencer la gravedad y lesiones residuales en la pierna derecha, atribuidas a un herpes zóster de 3 semanas de antigüedad. Se solicitó resonancia cerebral que mostró lesiones desmielinizantes en la sustancia blanca bihemisférica, el cuerpo calloso y la protuberancia, con un componente inflamatorio agudo. Se hospitalizó para estudio, sin hallazgos relevantes en laboratorio, ni nuevos cambios en el examen físico. Se diagnosticó ADEM y se inició terapia con corticoides, con buena respuesta. En controles neurológicos posteriores, se evidenció un deterioro progresivo de la memoria y afectación en las actividades cotidianas, confirmándose demencia post ADEM. Se inició tratamiento con memantina y rehabilitación multidisciplinaria.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La ADEM es una patología rara y potencialmente mortal. En ausencia de un marcador biológico específico, su diagnóstico es de exclusión, sustentándose en características clínicas y lesiones observadas en las neuroimágenes. El tratamiento con corticoides se describe como la terapia más efectiva, aunque existen casos con mejoría espontánea. La incidencia en la población adulta se desconoce con exactitud, por ello es relevante el reporte de este tipo de casos, dado que el reconocimiento oportuno de la enfermedad interdisciplinaria más adecuada de un cuadro que constituye un desafío diagnóstico y terapéutico para el clínico.
PALABRAS CLAVE	Encefalitis post infecciosa, Herpes zoster, Sistema inmunológico.
TÍTULO DEL TRABAJO	PARÁLISIS FACIAL IZQUIERDA ASOCIADA A OTITIS EXTERNA MICÓTICA EN PACIENTE JOVEN, REPORTE DE CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)

CATEGORÍA	h)	Especialidades	(Otorrinolaringología)
AUTOR	San Martín Toledo Hernán (1)		
CO-AUTORES	Herrera Troncoso Andrés (2), López Dubó Rafael (3)		
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Licantén, Licantén (2) Médico General de Zona, CESFAM de Villa Alegre, Villa Alegre (3) Médico General de Zona, CESFAM de Llay Llay, Llay Llay		
INTRODUCCIÓN	La parálisis facial periférica (PFP) constituye una complicación infrecuente de la otitis externa (OE), particularmente en sus variantes micótica o necrotizante, exigiendo un diagnóstico y manejo diligentes. Se presenta el caso de un adulto joven con PFP izquierda secundaria a otitis externa micótica bilateral, describiendo su abordaje multidisciplinario y evolución clínica.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Un varón de 26 años, con obesidad mórbida, consultó en agosto de 2024 por PFP izquierda de inicio súbito (24 horas) , refiriendo antecedente de otitis tratada un mes previo. La evaluación inicial constató la PFP y signos de OE izquierda . La valoración especializada por otorrinolaringología confirmó, mediante otoscopia, una OE micótica bilateral evidenciada por hifas negruzcas. Se inició un manejo integral que incluyó valaciclovir oral, prednisona sistémica decreciente, pregabalina, terapia tópica secuencial (ciprofloxacino/dexametasona), protección ocular y rehabilitación kinésica intensiva. Una tomografía computarizada (TC) cerebral resultó normal. El paciente experimentó una recuperación facial completa (grado I en escala House-Brackmann) tras dos meses (octubre 2024) . Sin embargo, en marzo de 2025, sufrió una recurrencia de OE izquierda después de nadar, la cual respondió favorablemente al aseo ótico y antifúngicos tópicos. Fue derivado a nutrición para manejo de su comorbilidad.		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso subraya la PFP como posible complicación de OE micótica, incluso bilateral. La ausencia de vesículas no descartó el Síndrome de Ramsay Hunt, motivando el tratamiento antiviral empírico sumado al manejo antifúngico, corticoesteroide y kinésico. La resolución completa del cuadro neurológico enfatiza el valor de la sospecha clínica temprana y de un abordaje terapéutico integral. La recurrencia de la otitis y la obesidad concomitante resaltan la importancia de controlar los factores predisponentes. Este reporte aporta a la		

comprensión del manejo de complicaciones otológicas inusuales y la necesidad de un seguimiento coordinado.

PALABRAS CLAVE	Hongos, Nervio Facial, Otitis Externa, Parálisis Facial
TÍTULO DEL TRABAJO	TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN JOVEN CON TRAUMA INFANTIL Y SÍNTOMAS AFECTIVOS Y ANSIOSOS DE CURSO PERSISTENTE :
CLASE	H) Especialidades: (Psiquiatría)
CATEGORÍA	Caso clínico (CC)
AUTOR	Murillo Pacheco Miguel (1)
CO-AUTORES	Cárdenas Salazar Karla (2) ,Blanco Rivero Yuris (2) ,Peralta Hernández Margory (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico cirujano, CESFAM Nororiente, Los Ángeles (2) Médico general de zona, CESFAM Nororiente, Los Ángeles
INTRODUCCIÓN	El trastorno límite de la personalidad es una condición psiquiátrica severa caracterizada por desregulación emocional, impulsividad, inestabilidad en la identidad y relaciones interpersonales conflictivas. Su diagnóstico temprano es complejo, especialmente cuando coexiste con antecedentes de trauma infantil y síntomas afectivos. En el nivel de atención primaria, estas presentaciones generan desafíos clínicos y terapéuticos significativos. El presente caso describe a paciente con trauma infantil severo, evolución afectiva crónica y diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. El objetivo es destacar las controversias actuales en el diagnóstico diferencial y abordaje terapéutico desde un enfoque comunitario.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 20 años con antecedente de abuso sexual infantil severo no resignificado. En 2021 fue diagnosticada con trastorno depresivo y sospecha de bipolaridad, presentando labilidad emocional, ideación autolesiva y ansiedad intensa. Fue tratada con anticonvulsivante y antipsicótico atípico, con escasa respuesta. Una evaluación psiquiátrica posterior descartó el diagnóstico afectivo y confirmó trastorno límite de la personalidad, iniciando antipsicótico de segunda generación, con lo cual mantuvo funcionalidad basal. Tras una frustración académica, interrumpió sus estudios y presentó sintomatología ansiosa y depresiva severa, pensamientos autolesivos e intrusiones negativas hacia sus padres. Se indicó tratamiento con

antidepresivo e hipnótico más psicoterapia ambulatoria, logrando mejoría parcial del cuadro depresivo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso se evidencio la complejidad diagnóstica entre trastornos del estado de ánimo y trastorno límite de la personalidad, particularmente en pacientes con trauma temprano. Las manifestaciones de desregulación afectiva, pensamiento polarizado e ideación suicida crónica reflejaron los núcleos psicopatológicos del trastorno límite. Persisten controversias respecto al diagnóstico precoz y su abordaje en contextos con recursos limitados. La intervención centrada en el trauma, fortalecimiento del vínculo terapéutico y uso de terapias específicas como la terapia dialéctico-conductual son estrategias clave para mejorar el pronóstico funcional y reducir el sufrimiento subjetivo.
PALABRAS CLAVE	Ansiedad, Depresión, Salud Mental, Trastornos Mentales, Trauma Psicológico
TÍTULO DEL TRABAJO	ABORDAJE INTEGRAL DESDE LA SALUD FAMILIAR EN UN CASO DE TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE RESISTENTE:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	a) Medicina Familiar
AUTOR	Giustinianovich Fehrmann Felipe (1)
CO-AUTORES	Rivera De Arcas Elizabeth (2), Etcheverry Mardones Maite (3), Rodriguez Pizarro Sofia (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Médico titular del Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis, Cefam Sur, Iquique (2) Interna de medicina, Cefam sur, Universidad de Tarapacá (3) Médica General de Zona, Médica subrogante del Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis, Cefam Sur, Iquique (4) Médico APS, Cefam Sur, Iquique
INTRODUCCIÓN	La tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR) es causada por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> con resistencia a isoniazida, rifampicina, quinolonas y al menos un fármaco de segunda línea. Se presenta el caso de un paciente con TB-XDR en contexto de alta vulnerabilidad social, con el objetivo de describir cómo el enfoque de salud familiar permitió mejorar su adherencia terapéutica y pronóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Varón de 47 años, con antecedentes de policonsumo, alergia a penicilina y alta vulnerabilidad social. Diagnosticado con tuberculosis pulmonar en 2019, completó tratamiento con baja adherencia. Recurre en 2020 con baciloscopia (+++), iniciando tratamiento multidrogoresistente. A pesar de 251 dosis, persiste baciloscopia positiva. En 2023 se confirma TB-XDR con resistencia a bedaquilina. Se indica nuevo esquema con cicloserina, linezolid, levofloxacin y amikacina. Presenta reiterados abandonos por inestabilidad emocional y social. En 2025, tras el fallecimiento de su madre (caso contacto), se realiza búsqueda activa. Se reinicia tratamiento, suspendiendo quinolona por nueva resistencia. Se implementan estrategias desde el modelo de salud familiar: intervención psicosocial sectorial, apoyo nutricional, coordinación con red local (incluyendo el Centro Comunitario de Salud Mental Familiar), controles domiciliarios y participación de la familia extendida. Actualmente se encuentra compensado, adherente, sin consumo de drogas y en seguimiento activo, con mejoría pronóstica significativa. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación del caso, resguardando la confidencialidad del paciente.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso destaca la complejidad de manejar la TB-XDR en pacientes con vulnerabilidad social. Pone de relieve la necesidad de enfoques individualizados y multidisciplinarios que contemplen tratamiento para adicciones, salud mental y ayudas sociales, así como la necesidad de políticas de salud pública que equilibren derechos individuales y seguridad colectiva. Se debería siempre integrar intervenciones psicosociales y familiares en el manejo de TB-XDR en contextos de alta vulnerabilidad para mejorar adherencia y resultados terapéuticos.
PALABRAS CLAVE	Adherencia al Tratamiento, Atención Primaria de Salud, Salud Pública, Tuberculosis Multirresistente
TÍTULO DEL TRABAJO	ABSCESO ESPLÉNICO COMPLICADO CON FÍSTULA A BASE PULMONAR: UNA AMENAZA SILENCIOSA CON RIESGOS LETALES:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Águila Maure Diego Mauricio (1)
CO-AUTORES	Concha Contreras Sebastian Ignacio (2), Álvarez Olguín Natalia Paz (3), Álvarez Olguín Sofía Florencia (3)

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM San Felipe El Real, San Felipe (2) Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar. (3) Interna de Medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe
INTRODUCCIÓN	El absceso esplénico es una acumulación de pus dentro del bazo, generalmente causada por una infección bacteriana, fúngica o, en raros casos, parasitaria. Es una condición poco frecuente pero potencialmente grave, siendo la fístula esplénica pulmonar una de las complicaciones raras de este mismo cuadro. Se presentará un caso donde un absceso esplénico debutó con clínica de neumonía debido a una fístula a base del pulmón.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 18 años sin antecedentes previos, ingresa a urgencias posterior a migrar desde su país por cuadro de 2 semanas de evolución de fiebre sin foco aparente asociado a tos mucopurulenta y disnea progresiva. Laboratorio destaca parámetros inflamatorios elevados, sin otras alteraciones. Radiografía impresiona condensación pulmonar, diagnosticándose Neumonía adquirida en la comunidad y se hospitaliza para manejo. Evoluciona tórpidamente con mala respuesta a antibióticos y desarrollando rash cutáneo maculopapular en tórax y brazos, se realiza Tomografía Axial Computada evidenciando absceso esplénico con gran tejido inflamatorio circundante con múltiples colecciones hacia grasa extra e intraabdominal y fístulas a base pulmonar, debido a hallazgo se administra antibióticos empíricos, se realizan cultivos y se instala drenaje pleural el cual logra extraer hasta 2300 cc de líquido purulento. Se descartó tuberculosis, endocarditis bacteriana y algún daño en órganos subyacentes, por lo que se desestimó resolución quirúrgica manteniendo manejo con antibióticos en dosis altas e imágenes seguidas para evaluar evolución. Evoluciona en buenas condiciones logrando disminución del absceso, retiro de drenaje y alta con continuidad de antibióticos en domicilio.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso presentado destaca la importancia de considerar diagnósticos diferenciales menos frecuentes en pacientes con neumonía de evolución tórpida. La presentación atípica en un paciente joven sin comorbilidades destaca la importancia de considerar diagnósticos diferenciales amplios ante mala respuesta a tratamiento convencional. El manejo multidisciplinario permitió resolución exitosa sin cirugía, destacando el enfoque individualizado en cuadros complejos.
PALABRAS CLAVE	Absceso, Drenaje, Fístula, Neumonía.

TÍTULO DEL TRABAJO	ABSCESO DE PARTES BLANDAS Y OSTEOMIELITIS CRÓNICA COMO MANIFESTACIÓN DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR:
CLASE	Cirugía
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Araya Rubio Bárbara (1)
CO-AUTORES	López Ponce Patricio (1), Guzmán Maira Felipe (1), Fuentes Dahl Gonzalo (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Curanilahue
INTRODUCCIÓN	La tuberculosis extrapulmonar, especialmente en sus presentaciones musculoesqueléticas, suele ser un diferencial olvidado y por ende puede representar un desafío diagnóstico. Se presenta caso de absceso crónico de muslo como manifestación de tuberculosis diseminada.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina, sin antecedentes mórbidos relevantes, procedente de zona rural. Consulta derivada desde radiología por hallazgo de lesión sugerente de masa en muslo izquierdo, sospechosa de neoplasia. Tiene historia de aumento de volumen y dolor de un año de evolución. Sin antecedentes traumáticos ni infecciosos recientes. Signos vitales dentro de parámetros normales. Al examen aumento de volumen de 6 x 3 centímetros aproximadamente en cara anteromedial del muslo izquierdo, con aumento leve de la temperatura local, sin fístula ni secreción espontánea. Laboratorio: Hb 11,3 g/dL, leucocitosis TAC de muslo izquierdo: colección líquida multiloculada en espesor muscular, con extensión hacia músculo iliopsoas ipsilateral, asociado a erosión cortical de trocánter mayor (sugerente de osteomielitis). TAC TAP: opacidades pulmonares bibasales, resto sin hallazgos relevantes. Se hospitaliza y realiza aseo quirúrgico, resultando cultivos bacterianos sucesivamente negativos. Ante evolución clínica tórpida, se solicita GenXpert de secreción de herida y Se confirma diagnóstico de tuberculosis diseminada pulmonar, muscular y ósea, iniciando tratamiento según norma ministerial.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La tuberculosis extrapulmonar puede presentarse como abscesos de partes blandas de evolución tórpida, imitando neoplasias. Ante abscesos persistentes, cultivos negativos y factores de riesgo, se debe considerar tuberculosis como diagnóstico diferencial. La identificación mediante técnicas moleculares es el estándar actual. El

tratamiento oportuno con esquema antituberculoso es efectivo y mejora el pronóstico.

PALABRAS CLAVE	Mycobacterium tuberculosis, absceso, osteomielitis
TÍTULO DEL TRABAJO	ACATISIA INDUCIDA POR VORTIOXETINA. UN EFECTO ADVERSO INUSUAL DEL USO DE MODULADORES MULTIMODALES DE SEROTONINA EN TRASTORNOS DEL ÁNIMO
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	H) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	Moreno Castro Ángela (1)
CO-AUTORES	Barra Méndez Sebastián (1), Madrid Cáceres Patricio (1), Quintana Álvarez Fernando (2)
AFILIACIÓN	(1)Médico General de Zona, CESFAM Los Cerros de Talcahuano, Talcahuano (2)Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción
INTRODUCCIÓN	La acatisia es un trastorno del movimiento caracterizado por una sensación subjetiva de inquietud interna acompañada de una necesidad imperiosa de moverse, que puede manifestarse con o sin agitación motora. Su asociación con uso concomitante de antipsicóticos clásicos se encuentra bien definida, sin embargo, su desarrollo en contexto de trastornos del ánimo como uso de antidepresivos en monoterapia es muy infrecuente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 28 años sin antecedentes mórbidos ni uso previo de psicofármacos, fue diagnosticado por psiquiatra con episodio depresivo mayor unipolar, sin síntomas psicóticos. Se inicia tratamiento antidepresivo en monoterapia con vortioxetina en esquema in crescendo desde 5mg/día. Al cuarto día de tratamiento paciente presentó inicio larvado y progresivo de exacerbación de sintomatología ansiosa consistente en sensación de inquietud interna, urgencia constante de movimiento, ansiedad relacionado a inmovilidad, marcha incesante e incapacidad para permanecer sentado. Se diagnosticó acatisia y al octavo día se decidió suspender vortioxetina e iniciar mirtazapina, también en monoterapia, en dosis mínima de 7.5mg/día. Tras observar remisión de acatisia se continuó con aumento de mirtazapina a dosis terapéutica, sin aparición de

nuevos efectos adversos. Al seguimiento clínico, paciente se mantiene con monoterapia de mirtazapina, sin nuevos episodios de acatisia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La indicación de moduladores multimodales de serotonina como la vortioxetina para el tratamiento de trastornos del ánimo se mantiene en amplia expansión, principalmente por los beneficios neurocognitivos de su uso en personas jóvenes naïve a tratamiento. Entre los efectos adversos principales, la acatisia se menciona de forma excepcional y su mecanismo no es del todo comprendido. Por otro lado, se requiere un accionar rápido en identificar precozmente y tratar la acatisia por el riesgo de descompensación de psicopatología basal.
PALABRAS CLAVE	Acatisia, Antidepresivos, Depresión.
TÍTULO DEL TRABAJO	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR CEREBELOSO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	g) Neurología
AUTOR	Cáceres Ibacache Paula (1)
CO-AUTORES	Arcos Rojas Franco (1), Villar Henríquez Matías (2), Villarroel Flores Natalia (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Jorge Jordan Domic, Ovalle (2) Médico General de Zona, CESFAM Sotaquí, Ovalle (3) Médico Atención Primaria de Salud, CESFAM Rural Pan de Azúcar, Coquimbo
INTRODUCCIÓN	En Chile, el accidente cerebrovascular (ACV) representa el 15% de muertes y discapacidad, siendo fundamental conocer las presentaciones para enfrentarlo. Con manifestaciones diversas como focalidad neurológica, alteración del habla, marcha o cefalea, siendo las convulsiones infrecuentes en isquémicos. En los síndromes cerebelosos pueden observarse sacudidas de extremidades, ocasionalmente mal diagnosticadas como convulsiones. Hasta un 80% de ACV isquémicos se asocian a riesgo atribuible, incluyendo el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHOS) como factor de riesgo independiente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 74 años sin antecedentes cardiovasculares presenta convulsiones tónico clónicas de 5 minutos, postictal 20 minutos y

recuperación espontánea. Ingresa hospitalizado bajo síndrome convulsivo en estudio, con tomografía computarizada cerebral y electroencefalograma normal, resonancia magnética informa infarto agudo-subagudo cerebeloso derecho. Se indica prevención secundaria y estudio de fuente tromboembólica, destacando leve engrosamiento de la íntima. Un mes después, cursa convulsiones de 7 minutos, egresando con diagnóstico de epilepsia secundaria a eventos cerebelosos, iniciándose tratamiento anticonvulsivante. Se realiza polisomnografía detectando SAHOS moderado como único factor de riesgo. Se firma consentimiento informado con paciente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Los síntomas inespecíficos del ACV cerebeloso dificultan el diagnóstico, pero implican alta morbimortalidad. Este caso destaca su presentación como síndrome convulsivo, habitualmente asociado a infartos de corteza cerebral, esto se explicaría por una pérdida de control inhibitorio del cerebelo. Inversamente, una convulsión puede causar un ACV debido a cardioembolismo, hipoxemia o trauma cervical. Hasta hoy, se presume como etiología el SAHOS, con una prevalencia aproximada de 59% como factor independiente de ACV. En los ACV aunque son atípicas, es importante considerar las convulsiones no solo como complicación tardía, sino también una manifestación aguda dentro de los diagnósticos diferenciales, además destacando el SAHOS como un factor de riesgo emergente.
PALABRAS CLAVE	Accidente Cerebrovascular, Apnea Obstructiva Del Sueño, Convulsiones
TÍTULO DEL TRABAJO	ACCIDENTE CEREbroVASCULAR FRONTAL IZQUIERDO EN PACIENTE JOVEN CON TUMOR CEREBRAL EN ESTUDIO
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	Neurología (g)
AUTOR	Ojeda Cifuentes Gonzalo Ignacio (1)
CO-AUTORES	Reinoso Ortega, Sandra Natalia (2) Aravena Solar Joselin Del Carmen (3) Donoso Echeverría Luz María (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF CESFAM Hualqui, Servicio Salud Concepción. (2) Médico EDF CESFAM Talcahuano Sur, Servicio Salud Talcahuano (3) Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.
INTRODUCCIÓN	El accidente cerebrovascular (ACV) en población joven es una entidad poco frecuente, suele asociarse a causas inhabituales. En su

diagnóstico diferencial deben considerarse factores propios de este grupo etario, como consumo de sustancias o trastornos del ánimo. El manejo temprano y multidisciplinario es fundamental para reducir secuelas neurológicas y mejorar la calidad de vida. En este caso presentamos un ACV isquémico en una paciente joven, con el objetivo de resaltar el enfoque diagnóstico integral y la necesidad de considerar etiologías no convencionales en jóvenes para un manejo oportuno y eficaz.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina de 28 años, antecedentes de trastorno del ánimo en tratamiento, sin alergias, consumo ocasional de alcohol y marihuana. Ingresa a Servicio de Urgencias tras 10 días de paresia braquial derecha, parestesias en extremidad inferior derecha y cefalea izquierda, agregando disartria los últimos días. Al examen físico de ingreso destacó disartria leve, paresia braquial derecha y parálisis facial central ipsilateral. Tomografía Computarizada (TC) cerebral mostró lesión hiperdensa con hipodensidad perilesional en región perirrolándica izquierda. Angiografía por TC sin alteraciones. Laboratorio inicial con anemia moderada y leucocitosis leve, resto normal. Se traslada a neurología, diagnosticándose ACV subagudo en territorio de arteria cerebral media izquierda (ACMI). Se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular, rehabilitación física, terapia ocupacional y logopedia. Estudios en curso: Resonancia Magnética Nuclear (RMN) cerebral con gadolinio, Angiografía por RMN, ecocardiograma con test de burbujas y Holter. Se evalúa además posible Neoplasia Cerebral (NC). Consentimiento informado autorizado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso resalta la importancia de considerar ACV en jóvenes con déficit neurológico focal progresivo. La coexistencia de anemia severa y trastorno depresivo, junto al hallazgo de posible lesión tumoral, obliga un enfoque diagnóstico amplio. El manejo oportuno con terapia multidisciplinaria resulta clave para reducir secuelas y orientar el pronóstico. Requiere estudios complementarios para descartar causas como síndrome antifosfolípido o NC.
PALABRAS CLAVE	Accidente Cerebrovascular, Adulto Joven, Neoplasias Encefálicas, Anticoagulantes, Rehabilitación de Accidente Cerebrovascular.
TÍTULO DEL TRABAJO	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO CON SOSPECHA DE ENCEFALITIS HERPÉTICA. DESAFIO DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO:
CLASE	Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA	Neurología
AUTOR	Barrientos Montoya Sebastián (1)
CO-AUTORES	Vázquez León Richard Lázaro(2), Toledo Gutiérrez Alejandro(3), Gómez Pereira David(3)
AFILIACIÓN	(1)Médico Cirujano CESFAM Sergio Lagos, Lota (2)Médico Cirujano CECOSF Colcura, Lota (3)Médico Cirujano CESFAM Juan Cartes, Lota
INTRODUCCIÓN	La encefalitis herpética y el accidente cerebrovascular isquémico comparten manifestaciones clínicas como alteración del estado de conciencia y focalidad neurológica, lo que dificulta el diagnóstico diferencial, sobre todo si coexisten estados de compromiso inmunológico como es el caso de la Diabetes Mellitus mal controlada.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 55 años con Diabetes mellitus tipo 2 mal controlada (HbA1c: 11.9%) e hipertensión arterial ingresó por compromiso de conciencia severo (Glasgow 8) y hemiplejía derecha. La tomografía cerebral mostró infartos en territorios de la arteria cerebral media bilateral y epileptiforme fronto-temporal derecha, y una punción lumbar mostró pleocitosis linfocítica (180 células/mm ³), hallazgos sugerentes de encefalitis. Ante la sospecha de encefalitis herpética, se inició Aciclovir endovenoso, sin embargo, el panel viral del líquido cefalorraquídeo fue negativo para VHS-1/2. Los hemocultivos y urocultivos confirmaron sepsis por Escherichia coli con una evolución tórpida, deterioro progresivo del estado general y neurológico, sin criterio de recuperabilidad hasta el fallecimiento del paciente.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La sospecha inicial de encefalitis herpética en este caso se basó en la pleocitosis del LCR y la actividad epileptiforme en el EEG, hallazgos que, aunque poco frecuentes, también se pueden presentar como consecuencia de complicaciones infecciosas bacterianas en pacientes inmunocomprometidos. Pese a los esfuerzos por establecer el diagnóstico diferencial para ofrecer una terapia óptima inmunocomprometido, con enfermedades de base mal controladas, aunque constituye una presentación poco frecuente, como generalidad condiciona una evolución tórpida con pronóstico desfavorable.
PALABRAS CLAVE	Accidente Cerebrovascular, Diabetes Mellitus, Encefalitis

PALABRAS CLAVE	Accidente Cerebrovascular, Diabetes Mellitus, Encefalitis
TÍTULO DEL TRABAJO	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN FOSA POSTERIOR, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN PACIENTES SIN FACTORES DE RIESGO, REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA	Neurología
AUTOR	Núñez Montecino Becky (1)
CO-AUTORES	Valenzuela Mora Claudia (2), Villarroel Leal Francisco (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Hospital Santa Barbara, Santa Barbara (2) Médico general, Hospital Santa Barbara, Santa Barbara
TÍTULO DEL TRABAJO	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN FOSA POSTERIOR, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN PACIENTES SIN FACTORES DE RIESGO, REPORTE DE UN CASO:
INTRODUCCIÓN	El accidente cerebrovascular (ACV) en fosa posterior puede presentarse con síntomas vestibulares que simulan patologías periféricas benignas, dificultando su diagnóstico temprano. Este caso enfatiza la importancia de considerar causas centrales de vértigo en pacientes jóvenes sin factores de riesgo vascular.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 45 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por vértigo súbito, acompañado de náuseas y vómitos. Al examen físico se evidenció nistagmo horizontal con componente rotatorio, sin focalidad neurológica, por lo que se manejó como vértigo periférico con tratamiento sintomático. Reconsulta al día siguiente por persistencia del cuadro e imposibilidad para mantener la marcha sin apoyo. A la evaluación con nistagmo horizontal rotatorio persistente, disimetría en extremidades derechas y ataxia troncal severa, sin déficit motor o sensitivo. La tomografía computarizada resultó normal. Sin embargo, dado la aparición de signos neurológicos centrales, se realizó resonancia magnética, que evidenció infarto agudo en hemisferio cerebeloso derecho. La angiorresonancia mostró flujo reducido en la arteria vertebral derecha, compatible con disección arterial. Se inició tratamiento con antiagregantes y rehabilitación vestibular temprana, con evolución clínica favorable.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso ilustra cómo un ACV en fosa posterior puede debutar con síntomas vestibulares aislados, sin signos neurológicos evidentes en fases iniciales, lo que puede ser un desafío diagnóstico. La diferencia entre vértigo periférico y central es crucial: la presencia de ataxia, nistagmo persistente o disimetría debe alertar al clínico. Es fundamental no descartar causas neurológicas solo por la edad o la falta de factores de riesgo vasculares
PALABRAS CLAVE	Accidente Cerebral Vascular, Vértigo, Ataxia cerebelosa
TÍTULO DEL TRABAJO	ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA: INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA EN CHILE ENTRE EL PERIODO 2020 – 2023:
CLASE	Trabajo de investigación
CATEGORÍA	B) Medicina interna
AUTOR	Olivar Rivas Rosangel (1)
CO-AUTORES	Miranda Pérez Erika (1), Rodríguez Salazar Diego (2), Aldunate González Sophia (3)
AFILIACIÓN	(1)Médica cirujana, CESFAM Michelle Bachelet, Maipú, Santiago de Chile. (2)Médico cirujano, Hospital el Pino, San Bernardo, Santiago de Chile. (3)Interna de medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile.
INTRODUCCIÓN	La insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) es un síndrome caracterizado por la incapacidad del corazón para bombear sangre eficazmente, causando congestión pulmonar y/o sistémica. La hospitalización es necesaria en descompensaciones agudas para estabilizar al paciente. El objetivo del estudio es describir la tasa de egreso hospitalario (TEH) por IC entre los años 2020 a 2023 en Chile.
MATERIALES Y MÉTODOS	Estudio de tipo descriptivo ecológico. Datos obtenidos del Departamento de Estadística e Información de Salud, acerca de la TEH por ICC en Chile entre los años 2020-2023, según sexo y grupo etario (n = 31.024). Se calculó la TEH. No se requirió comité de ética.
RESULTADOS	La TEH en el período de estudio fue de 60,57/100.000 habitantes. El año 2023 fue el año con mayor THE con 70,81 y la menor TEH fue el año 2020 con 50,54. El sexo masculino tuvo la mayor TEH con 62,80/100.000. El grupo etario de 80 años y más tuvo la mayor TEH con 560,79/100.000 habitantes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Y	El aumento progresivo de la TEH evidenciada durante el período estudiado podría atribuirse a la creciente prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) en la población, factor de riesgo clave para el desarrollo ICC. La mayor TEH descrita en el sexo masculino podría deberse a la mayor prevalencia de HTA y cardiopatía isquémica en este grupo. En cuanto al grupo etario, se evidenció que a medida que avanzaban los grupos etarios aumentaba la TEH, esto podría explicarse debido a la acumulación de comorbilidades y cambios fisiológicos cardíacos asociados al envejecimiento. La actualización en los estudios epidemiológicos sobre la ICC permite comprender su distribución y factores de riesgo pudiendo desarrollar estrategias de prevención basadas en la evidencia.		
PALABRAS CLAVE		Insuficiencia cardíaca congestiva, Hipertensión, Hospitalización.		
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	ALTERACIÓN DEL CAMPO VISUAL POR MELANOMA COROIDEO. A PROPÓSITO DE UN CASO:		
CLASE		Caso Clínico (CC)		
CATEGORÍA		h) Oftalmología		
AUTOR		Salas Verdugo Miguel (1)		
CO-AUTORES		Pizarro	Pérez	Eduardo (1)
		Sánchez Hernández Valeria (2)		
AFILIACIÓN		(1) Médico General de Zona, Cefam Rosario, Rengo (2) Médico General de Zona, Cefam Rienzi Valencia, Rengo		
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	ALTERACIÓN DEL CAMPO VISUAL POR MELANOMA COROIDEO. A PROPÓSITO DE UN CASO:		
INTRODUCCIÓN		El melanoma coroideo es el tumor intraocular primario más frecuente en adultos, representando alrededor del 3 o 5% de todos los melanomas. Su principal cuadro clínico es asintomático, aunque puede ocasionar visión borrosa, metamorfopsia o fotopsia. El examen oftalmológico combinado con métodos radio diagnósticos no invasivos como la ecografía ocular, tienen una fiabilidad diagnóstica alta (99,6%). La enucleación es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados para tratar el melanoma coroideo.		
PRESENTACIÓN DEL CASO		Paciente de 46 años con antecedente de hipertensión arterial, quien presenta cuadro clínico de 1 mes de alteración visual, con dificultad para ver objetos situados en su campo visual derecho. Consulta con		

médico oftalmólogo quien realiza campimetría por confrontación resultando en alteración en campo visual de retina nasal derecha, indicando ecografía ocular que impresiona masa coroidea peri nervio óptico a inferior, de 15.26 x 14.53 x 8.22 mm de diámetros, línea hiperreflectiva con hiperecogenicidad alta, concordante con desprendimiento de retina seroso asociado, compatible con melanoma corioideo. Estudio de diseminación negativo. Se realiza enucleación de ojo derecho, con biopsia que informa melanoma con celularidad mixta grado 2, pigmentado de coroides; masa sólida de 16 mm en tracto uveal posterior, región infero nasal, sin infiltración a estructuras adyacentes, linfática, sanguínea o perineural.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La enucleación afecta en gran medida la calidad de vida del paciente, por lo que realizar una exploración ocular completa es siempre necesaria. El principal objetivo del tratamiento es la preservación del ojo y la prevención de metástasis a distancia. El pronóstico es individualizado, basado en una vigilancia a largo plazo, acompañada con apoyo psicológico.		
PALABRAS CLAVE	Coroides, Melanoma, Trastornos de la Visión		
TÍTULO DEL TRABAJO	APENDICITIS AGUDA DE RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA RURAL:		
CLASE	Caso clínico (CC)		
CATEGORÍA	d) Cirugía		
AUTOR	Soto Rodríguez Andrés (1)		
CO-AUTORES	Aguilera Muñoz	Astorga Palacios	Francisco Claudia (2), (3), Salas Saavedra Cristobal (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Armando Williams [Cauquenes] (2) Médico General de Zona, CECOSF Meulin, [Achao] (3) Médico Cirujano, CESFAM Dr. Marcelo Lopetegui, [Osorno] (4) Médico Cirujano, CESFAM Limache Viejo [Limache]		
INTRODUCCIÓN	La apendicitis aguda (AA) es una causa frecuente de abdomen agudo quirúrgico, habitualmente tratada mediante apendicectomía. No obstante, en la última década se ha documentado la resolución espontánea de AA de bajo riesgo. Presentamos un caso de probable AA atípica resuelta espontáneamente en un contexto rural.		

PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 66 años, con antecedentes de diabetes tipo 2, hipertensión y artrosis, consulta en posta rural por dolor abdominal de una semana, inicialmente en mesogastrio que migra a hemiabdomen inferior de baja intensidad. Al examen físico, dolor a palpación profunda en cuadrante inferior derecho, sin signos de irritación peritoneal, afebril. Se indica parageverina, y se solicita ecografía. Dos semanas después, ya asintomática, presenta ecografía compatible con AA en regresión. Se deriva a hospital de mediana complejidad. Exámenes sin elevación de reactantes inflamatorios. Fue evaluada por cirugía, se prescribió tratamiento antibiótico ambulatorio y control ecográfico posterior, sin hallazgos de AA activa.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La presentación atípica podría relacionarse con un apéndice retrocecal y la edad de la paciente. Si bien poco frecuentes, las resoluciones espontáneas de AA han sido descritas. El tratamiento conservador puede ser eficaz en casos seleccionados, sin embargo, existe riesgo de recurrencia, la apendicectomía profiláctica debe ser considerada en casos individualizados.
PALABRAS CLAVE	Apendicitis, Cirugía, Servicios de Salud Rural
TÍTULO DEL TRABAJO	AUSENCIA CONGÉNITA DE MUSLO CON PRESERVACIÓN DISTAL EN ADULTA MAYOR EN ZONA RURAL EXTREMA: BRECHA DE SALUD:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	(h) Especialidades (Traumatología)
AUTOR	Riquelme Flores Hernán (1)
CO-AUTORES	Montero Herrera Mariann (1), Pérez Torres Nicolás (2), Valdivia Cerda Alvaro (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico en Etapa de Destinación y Formación, Cesfam Bellavista, Tomé. (2) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
INTRODUCCIÓN	La ausencia congénita del muslo con preservación de rodilla, pierna y pie es una malformación poco frecuente que compromete la biomecánica y funcionalidad del miembro inferior. Su manejo requiere un abordaje precoz e individualizado guiado por un equipo multidisciplinario. Se clasifica según la escala de Paley en 4 tipos, empeorando su pronóstico a mayor número.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 68 años, con antecedente de ruralidad extrema, consultó por deseo de mejorar su funcionalidad en contexto de ausencia congénita del muslo con preservación de segmentos distales nunca estudiada. Se asoció dolor en rodilla contralateral, lo que motivó su consulta. Al examen físico se evidenció acortamiento de miembro inferior derecho, mínima movilidad de rodilla y necesidad de muleta de elaboración propia para deambular. Se tomó radiografía que evidenció acortamiento y retroversión femoral, con displasia acetabular. Se clasificó tipo 3B según Paley. Dado el alto grado de displasia, las alteraciones anatómicas secundarias al diagnóstico tardío y la edad, se consideró fuera de alcance quirúrgico y protésico. Paciente continuó con equipo de rehabilitación para optar a una mejoría funcional. Firmó consentimiento informado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso expuesto pone en manifiesto una brecha de acceso en salud en población rural extrema, al transcurrir décadas con una malformación invalidante sin recibir atención especializada. Esto sumado a una patología de alta complejidad, poco reportada, empeora el pronóstico, conduce a comorbilidades como dolor crónico y limita las opciones terapéuticas. Dentro de estas destacan la reconstrucción de la articulación de la cadera, la plastia de rotación o la amputación para facilitar la adaptación de una prótesis.
PALABRAS CLAVE	Anomalías Congénitas, Prótesis e Implantes, Rehabilitación.
TÍTULO DEL TRABAJO	ABANDONO DEL TRATAMIENTO CON SERTRALINA EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR LOS MUERMOS DURANTE 2024:
CLASE	Trabajo de Investigación
CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	Schneider Obando Nicolás (1)
CO-AUTORES	Saitua Pérez Valentina (2) Pavez Sotelo Felipe (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Los Muermos, Los Muermos (2) Médico General de Zona, DESAM Fresia, Fresia
INTRODUCCIÓN	La depresión y ansiedad han aumentado su prevalencia, y con ello el uso de inhibidores de recaptura de serotonina (ISRS). Sertralina es uno de los ISRS más utilizados. Una óptima adherencia permite lograr buenos resultados y evitar efectos adversos. Este trabajo busca determinar la tasa de abandono al tratamiento con Sertralina en un

		centro de atención primaria en un año y describir a los pacientes no adherentes.
MATERIALES MÉTODOS	Y	Se realizó una revisión retrospectiva y descriptiva de datos del Centro de Salud Familiar Los Muermos durante el 2024 obtenidos desde su sistema informático. Se contabilizaron los pacientes con indicación de Sertralina y quienes no la retiraron. En ellos se evaluó edad, sexo, diagnóstico, tiempo de tratamiento, dosis y psicofarmacos asociados.
RESULTADOS		Se recetó Sertralina a 516 pacientes, y 93 abandonaron su tratamiento prematuramente (18%). La tasa de abandono fue 16% en mujeres y 24% en hombres. La edad de mayor abandono fue entre 20-29 años (37%). El tiempo promedio de abandono fue a los dos meses, y en la mayoría ocurrió al primer mes. Las principales indicaciones fueron depresión y trastorno de ansiedad. La tasa de abandono fue 15% y 13%, respectivamente. La dosis más frecuente fue 50 mg y casi en 50% de los pacientes se indicó otro psicofármaco, siendo Quetiapina el más frecuente.
DISCUSIÓN CONCLUSIÓN	Y	En este estudio la tasa de abandono fue superior a 1 de cada 6 pacientes. La literatura reporta tasas entre el 25 - 50%. Fue más frecuente entre los 20 - 50 años y en hombres. Habitualmente ocurre en los dos primeros meses de tratamiento. Conocer la tasa de adherencia y las características del grupo no adherente nos motiva a investigar las causas del abandono, desarrollar estrategias efectivas para mejorar nuestros tratamientos y optimizar recursos. Una limitante fue desconocer si quien retiró el medicamento, realmente lo utilizó.
PALABRAS CLAVE		Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina; Salud Mental
TÍTULO TRABAJO	DEL	SÍNDROME NEFRÓTICO Y AMILOIDOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE		Caso clínico
CATEGORÍA		b) Medicina interna
AUTOR		Saitua Pérez, Valentina (1)
CO-AUTORES		Rebolledo Inostroza, Victoria (2) Gómez Arce, Álvaro (2)

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, DESAM Fresia, Fresia (2) Médico General de Zona, CESFAM Los Muermos, Los Muermos
INTRODUCCIÓN	La amiloidosis corresponde al depósito extracelular de fibrillas de proteínas de bajo peso molecular. Sus variadas manifestaciones clínicas dependen del tipo, localización y cantidad de depósito. Existen 18 tipos de amiloidosis sistémica y 28 localizadas. La más frecuente es la amiloidosis de cadenas ligeras. Su incidencia ha ido en aumento desde 9.7 a 14 casos por millón de habitantes al año. El diagnóstico es histopatológico con la tinción rojo congo, y su tratamiento dependerá del subtipo de amiloidosis.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 66 años consultó por cuadro de fatiga, orina espumosa y edema en extremidades inferiores de 6 meses de evolución. Días previos a la consulta inició edema facial y de extremidades superiores, oliguria y disnea de reposo. Tenía antecedentes de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, dislipidemia e hipotiroidismo. Dado el extenso compromiso, fue derivada al hospital base, donde se pesquisó falla renal, hipoalbuminemia, anemia leve, colesterol LDL elevado y proteinuria de 24 horas de 12.9 gramos. La tomografía computada evidenció condensaciones bibasales, derrame pleural laminar derecho y ascitis. Se hospitalizó para estudio de síndrome nefrótico. Se realizó serología VHC, VHB y VIH que resultó negativa, al igual que anticuerpos ANA, ANCA, y anti PR3. La IgE resultó elevada, C3 bajo y VHS en 120. Electroforesis proteínas: aumento de fracciones alfa-1 globulina, alfa-2 globulina y beta-1 globulina. Inmunofijación: sin componente monoclonal. La biopsia renal confirmó una amiloidosis primaria. Se inició anticoagulación y se dió de alta para seguimiento por hematología.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La amiloidosis es una enfermedad heterogénea y subdiagnosticada dado su inespecificidad clínica. Se requiere alto índice de sospecha, especialmente con recursos limitados. Por esto se deben considerar algunas banderas rojas para extender el estudio y derivar a nivel secundario oportunamente (sobre todo si coexisten dos condiciones clínicas): infiltración de tejido visible, proteinuria, falla cardíaca, hipotensión ortostática, hepatoesplenomegalia, y disfunción autonómica.
PALABRAS CLAVE	Amiloidosis, Proteinuria, Síndrome nefrótico.
TÍTULO DEL TRABAJO	ANAFILAXIA INDUCIDA POR EJERCICIO DEPENDIENTE DE ALIMENTOS: REPORTE DE UN CASO:

CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina interna
AUTOR	Oliveira Castilho Rodrigo (1)
CO-AUTORES	Quiroz Badilla Sofia (2) Sanchez Molina Pilar (3) Soto Kishino Miki (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, CESFAM Renca, Santiago (2) Médico EDF, CESFAM Renca, Santiago (3) Médico EDF, CESFAM Renca, Santiago (4) Médico EDF, CESFAM Renca, Santiago
INTRODUCCIÓN	La anafilaxia es una reacción alérgica severa y potencialmente fatal. Generalmente mediadas por inmunoglobulina E (IgE). El diagnóstico se basa en manifestaciones clínicas y compromiso multisistémico. La anafilaxia inducida por ejercicio (AIE) es poco frecuente y en general afecta a deportistas con antecedentes de atopia. Un cofactor común es la comida (AIE dependiente de alimentos). Los alimentos más comunes son trigo, mariscos y nueces. El mecanismo fisiopatológico es incierto, pero se propone que el ejercicio disminuye el umbral de degranulación de mastocitos provocando liberación de alérgenos. El tratamiento es la prevención.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta caso de una paciente de 32 años, con antecedentes de rinitis alérgica, atopia y asma. Relata episodios de anafilaxia relacionados al ejercicio o mientras bailaba, en donde presenta aparición de lesiones habonosas en piel y disnea minutos después. Al interrogatorio niega uso de antiinflamatorios o situaciones de estrés y refiere dieta balanceada. Refiere último episodio hace 10 meses, durante ejercicio, inicia disnea y aparición de lesiones urticariales en brazos, piernas y tórax. Se maneja con salbutamol, prednisona y levocetirizina con respuesta satisfactoria. Al consultar por alergia alimentaria refiere los dátiles y melón tuna. Consulta con inmunóloga quien solicita exámenes destacando IgE sérica elevada y alérgeno molecular LTP elevado (proteínas de defensa presentes en cortezas de vegetales). Finalmente se diagnostica AIE dependiente de alimentos y se entregan recomendaciones de evitar ciertos alimentos 4 hrs antes y 1 hrs después de hacer ejercicio y adquirir inyector de adrenalina (Epipen).
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La anafilaxia es una condición grave y que debe diagnosticarse correctamente para ofrecer tratamiento oportuno. La AIE es una variante menos común pero que debe conocerse dado el aumento de

actividad física en la población y también a que el tratamiento principal es la prevención. Se necesitan futuros estudios para dilucidar el mecanismo fisiopatológico y así desarrollar un tratamiento específico.

PALABRAS CLAVE	Anafilaxia, Alimentos, Ejercicio, Prevención
TÍTULO DEL TRABAJO	ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL, REPERCUSIONES MULTIDIMENSIONALES, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	C) Pediatría y Cirugía Infantil
AUTOR	Araya Pino Camila (1)
CO-AUTORES	Galleguillos León Sebastián (1), Sotomayor Barros Arturo (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF Hospital de Vilcún, Servicio de Salud Araucanía Sur
INTRODUCCIÓN	aproximadamente 60 casos por cada 100 000 habitantes. Es importante saber diagnosticar esta enfermedad tempranamente ya que puede generar secuelas sobre la funcionalidad, crecimiento, y bienestar del paciente además de los costos de salud.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina 14 años consulta por dolor en articulación metatarsofalángica del hallux pie derecho de 3 días de evolución. Al examen físico sin hallazgos, se indicó manejo con analgesia. Persistió con dolor, por lo que acudió en múltiples oportunidades siendo evaluada con exámenes generales y radiografías que no muestran alteraciones. Luego de 1 semana evolucionó con fiebre asociada a bloqueo articular y calor local por lo que se derivó a Traumatología por sospecha de Artritis Séptica, realizandose aseo en pabellón, y se inició curso de antibióticos empíricos. Se toman cultivos con resultado negativo y biopsia que informa proceso inflamatorio crónico inespecífico, decidiendose alta. Luego de 1 mes persiste con dolor intenso refractario a analgesia por lo que se derivó a Reumatología. Se realizó resonancia magnética que informa signos de artritis y sinovitis en hallux y en perfil reumatológico destacó anticuerpo antinuclear (ANA) moteado grueso positivo, quedando en seguimiento con Reumatopediatría por sospecha de AIJ.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La AIJ es una enfermedad autoinmune de presentación heterogénea con diversos subtipos. Se define como 6 semanas con aumento de volumen, eritema, limitación de rango articular y dolor. El diagnóstico es clínico cumpliéndose criterios definidos según cada subtipo. Se utilizan exámenes de apoyo diagnóstico como parámetros inflamatorios, perfil reumatoideo e imágenes. El tratamiento es de subespecialista, por lo que es importante sospechar y derivar precozmente dado que un diagnóstico tardío repercute en la funcionalidad del paciente que puede involucrar dolor crónico, limitación de crecimiento y repercusiones psicológicas asociadas, impactando en costos en salud por múltiples consultas.
PALABRAS CLAVE	Artralgia, Artritis Juvenil, Enfermedades autoinmunes
TÍTULO DEL TRABAJO	ATAXIA-TELANGECTASIA, REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía Infantil
AUTOR	Thibaut Cid Catalina (1)
CO-AUTORES	Antinao Castro Luis (1), Torres Méndez Kharem (2), Thibaut Cid Josefina (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General, Hospital de Curanilahue, Curanilahue (2) Médico General, Hospital de Curanilahue, Curanilahue (3) Interna, 7to año, Universidad San Sebastián, Sede Concepción (4) Interna, 6to año, Universidad San Sebastián, Sede Concepción
INTRODUCCIÓN	El síndrome de ataxia telangiectasia (AT) es una enfermedad genética autosómica recesiva, que se caracteriza por una alteración en el gen ATM que participa en la reparación del ADN. Afecta 1/ 44.000-100.000 personas en el mundo, produciendo déficit neurológico progresivo, compromiso inmunológico y mayor predisposición a padecer cáncer.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 6 años, sin antecedentes perinatales. Al año de vida logra marcha autónoma en puntas de pies, al año ocho meses dice sus primeras palabras. En su etapa preescolar presenta retraso del lenguaje, espasmofemia, además, de caídas frecuentes, sialorrea y rinitis alérgica. Es derivada a neurología, donde se solicita resonancia magnética cerebral que resulta normal. Exámenes de laboratorio

normales. Panel genético que confirma alteración del gen ATM. Se deriva a fisiatría.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES En Chile existen escasos reportes de pacientes con AT. Es necesario educar al personal médico y tener un alto nivel de sospecha para diagnosticar y derivar oportunamente con un equipo multidisciplinario, y así, retrasar el deterioro neurológico progresivo.

PALABRAS CLAVE Afección genética, Alteración de la marcha, Espasmofemia.

TÍTULO DEL TRABAJO AUTISMO Y TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL E HIPERACTIVIDAD, COMORBILIDADES::

CLASE Caso clínico

CATEGORÍA g) Neurología.

AUTOR Marambio Jaña Patricio (1)

CO-AUTORES Torres Rojas Angel (1)
Osorio Lorca Tomas (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de zona, CESFAM Dr. Norman Voullieme, Cerrillos.
(2) Médico General de zona, Hospital de Salamanca, Salamanca.

INTRODUCCIÓN Tanto el diagnóstico de los trastornos del espectro autista (TEA) como el trastorno por déficit atencional - Hiperactividad (TDAH) están basados en síntomas conductuales. Es habitual encontrar que los pacientes con diagnóstico de TDAH presentan sintomatología similar a la de aquellos con TEA y viceversa (Hiperactividad, impulsividad, falta de atención, conductas restringidas y repetitivas, etc). Actualmente es necesario identificar a aquellos pacientes que manifiesten síntomas de ambos grupos. Estableciendo una comprensión acabada de la comorbilidad de ambas entidades para poder guiar un manejo óptimo y oportuno en el seguimiento de estos usuarios.

A continuación se presenta un caso de un paciente adulto joven con presencia de comorbilidades de ambos trastornos y la necesidad de replantear los diagnóstico y manejo oportuno.

PRESENTACIÓN DEL CASO Hombre de 29 años, sin antecedentes biomédicos relevantes. Consulta por síntomas depresivos recurrentes y desregulaciones emocionales a los 18 años, asociado a síntomas ansiosos en relación a estímulos sensoriales (ruidos de autos, gritos, luces) e interacciones sociales, estos últimos presentes desde la infancia. Múltiples consultas con

profesionales de salud mental. Se consulta en neurología a los 25 años, se realiza diagnóstico de TDAH. Usuario reporta mejoría en síntomas depresivos; síntomas ansiosos se mantienen a pesar de uso de medicación. Se realiza test sensorial, y por resultado alterado con perfil hipersensible se decide hacer test de escala de observación para el diagnóstico del autismo-2 (ADOS-2), con resultado interpretable como dentro del espectro autista.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Los trastornos del neurodesarrollo afectan las psicopatologías de los adultos. El TDAH es la comorbilidad más frecuente en pacientes autistas. Evaluar de manera dirigida las conductas repetitivas e intereses restringidos en pacientes TDAH serviría de guía en el desarrollo de intervenciones y tratamientos más efectivos para esta población. Las diferentes comorbilidades de los pacientes autistas hace que las presentaciones sean muy diferentes, debiendo personalizar las intervenciones
PALABRAS CLAVE	Trastornos del Neurodesarrollo; Trastorno del Espectro Autista; Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.
TÍTULO DEL TRABAJO	BACTERIEMIA POR SALMONELLA STANLEY: UN CASO INUSUAL EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Martinez Venegas Javier (1)
CO-AUTORES	Silva Vera Bastian (2), Carrasco Delgado Diego (3), Tamaya Cerda Martin (4).
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital San Antonio de Putaendo, Putaendo. (2) Interno de medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe. (3) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Yobilo, Coronel. (4) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar San Felipe El Real, San Felipe.
INTRODUCCIÓN	Salmonella spp. es una bacteria gram negativa responsable de infecciones locales y sistémicas. La infección por Salmonella no-tifoidea se caracteriza por cuadros febriles con síntomas gastrointestinales y curso autolimitado en aproximadamente 7 días,

mientras que la forma tifoidea presenta un compromiso general más severo, con tiempos de incubación de 10 a 14 días. Este trabajo explora una presentación atípica y agresiva de infección por *Salmonella* no-tifoidea.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial y gonartrosis, consultó en urgencias por un cuadro de 3 días de evolución con emesis y diarrea no disentérica tras el consumo de carne de cerdo, acompañado de su esposa, quien presentó síntomas similares. En la evaluación inicial se constató algia abdominal intensa, hipotensión, llenado capilar enlentecido y bradicardia. Los exámenes evidenciaron injuria renal aguda KDIGO III, acidosis metabólica, proteína C reactiva de 405 mg/dL, lactato deshidrogenasa de 34,8 U/L y una tomografía de abdomen con hallazgos compatibles con colitis infecciosa. Se inició manejo de sepsis abdominal con drogas vasoactivas, ceftriaxona y metronidazol ante el diagnóstico de shock séptico-hipovolémico. En la Unidad de Tratamiento Intermedio, tanto el coprocultivo como la serología fueron negativos; sin embargo, el hemocultivo mostró crecimiento de *Salmonella* Stanley, sensible a ceftriaxona. Finalmente, el paciente evolucionó favorablemente tras tratamiento integral.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El caso evidencia un marcado contraste en la gravedad del cuadro entre el paciente y su esposa, quien tuvo un síndrome diarreico agudo autolimitado sin complicaciones. La indicación del tratamiento antibiótico se realizó en el contexto de sepsis, aunque su uso en infecciones leves resulta polémico. Además, se resalta la importancia de notificar este tipo de infecciones para estudios estadísticos y la implementación de estrategias efectivas en el control de brotes.

PALABRAS CLAVE Bacteriemia, Inmunocompetente, *Salmonella*

TÍTULO DEL TRABAJO CARACTERIZACIÓN SOCIO-EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2020 Y 2023

CLASE Trabajo de Investigación

CATEGORÍA Salud Pública

AUTOR Cortez Contreras Berardo (1)

CO-AUTORES

AFILIACIÓN (1) Médico/a General de Zona, CESFAM Dr. Jorge Ahumada, Santa María

INTRODUCCIÓN		El Cáncer de Mama (CM) es la principal causa de muerte oncológica en mujeres chilenas, así como el tipo de cáncer más frecuente en países desarrollados. La organización mundial de la salud (OMS), lo considera uno de los principales problemas de salud pública del mundo. Dada su prevalencia e impacto en la calidad de vida, es que se vuelve imprescindible generar análisis descriptivos que permitan establecer grupos objetivos de estrategias de prevención.
MATERIALES Y MÉTODOS	Y	Estudio descriptivo. Se analizaron datos de egresos hospitalarios de pacientes con diagnóstico de CM periodo 2020-2023 en Chile según: género, nacionalidad, edad, región de residencia, otros. La información fue obtenida desde el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) y tabulada en Microsoft Excel®. Para el análisis estadístico se utilizaron frecuencias absolutas, relativas y porcentajes. No se requirió autorización de un comité de ética.
RESULTADOS		Se analizaron egresos hospitalarios de 19488 pacientes, la mayoría mujeres (98,7%), chilenas (95,4%) FONASA (63,1%), residentes de región metropolitana (44,5%), con un rango etario de 45 a 64 años (44.23%), una estadía hospitalaria promedio de 5 días, egresados con vida (96,7%). Se estimó además, una tasa de letalidad para el CM de 3.3% en mujeres y 4.6% en hombres.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Y	En concordancia con la literatura, OMS y DEIS el CM representa una alta morbi-mortalidad, resultando mayor en mujeres, sobre 45 años. Con una incidencia en aumento en cada año estudiado, sobre todo en regiones del sur de Chile, lo anterior relacionado con la promoción de diferentes estrategias para la detección temprana. No obstante, es necesario seguir generando instancias de estudio en públicos objetivos (Mujeres bajo 45 años por ejemplo) para discernir respecto de las causas del aumento anual del CM. Es necesario además, implementar estudios con metodologías específicas, para identificar el impacto de estrategias preventivas implementadas.
PALABRAS CLAVE		Cáncer de Mama, Epidemiología, Mujer
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL, UN TIPO DE CÁNCER RARO DE PIEL:
CLASE		Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA		H) Especialidades (dermatología)

AUTOR	Silva López María (1)
CO-AUTORES	Vera Johnson Catalina (2), Calvo Rivacoba María (1), Troncoso Bichara Javier (3)
AFILIACIÓN	(1) Médica general de zona, CECOSF Los Libertadores (2) Médica general de zona, CESFAM Alberto Bachelet (3) Médico general de zona, CESFAM Dr. Amador Neghme
INTRODUCCIÓN	El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tipo infrecuente de cáncer neuroendocrino de piel. Usualmente se presenta como una lesión indolora de crecimiento rápido. Según una revisión española, tiene una incidencia de 0.28 casos por cada 100.000 personas. Pese a ser un cáncer de piel infrecuente, tiene una elevada mortalidad. Algunos factores de riesgo asociados son el virus Polyoma y la radiación ultravioleta. Se revisará un caso de esta patología, con el objetivo de dar a conocer la rápida presentación que puede tener esta patología infrecuente, pero de mal pronóstico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Usuaría de 77 años, antecedentes de enfermedad de Parkinson e Hipertensión arterial. Consulta por cuadro de 2 meses de lesión en región cigomática izquierda, indolora, crecimiento rápido, ocasionalmente con salida de secreción purulenta. Al examen físico presenta lesión de 4x4 cm, eritematosa, con exudado seropurulento. Médica tratante consulta por correo electrónico a dermatólogo de Instituto Nacional del Cáncer (INCANCER), con autorización de usuaria, indica derivación inmediata a dicha institución por sospecha de CCM. En INCANCER se toma tomografía computada de cerebro con contraste, se informa "Voluminosa lesión de partes blandas en la hemicara izquierda, la parcialmente valorada, que presenta signos de invasión a la órbita". Se toma biopsia de lesión, compatible con CCM. Se presenta usuaria a comité oncológico y se decide radioterapia para posterior cirugía, sin embargo, mientras usuaria se encontraba en espera de inicio de tratamiento, inicia con cuadro respiratorio que inicialmente se interpretó como neumonía, sin embargo, en radiografía de tórax se visualiza posible metástasis pulmonar. Finalmente, usuaria termina falleciendo producto de cuadro respiratorio.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Como se puede observar en este caso, el CCM tiene una rápida evolución si no se identifica de forma precoz, es importante tenerlo dentro de los diagnósticos diferenciales de lesiones en zonas fotoexpuestas de rápida progresión.

PALABRAS CLAVE	Células de Merkel, Neoplasias cutáneas, Tumores Neuroendocrinos.
TÍTULO DEL TRABAJO	CARPAL BOSS BILATERAL EN MUJER ADULTA CON SÍNTOMAS DE INMOVILIZACIÓN PROLONGADA:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	(h) Especialidades (Traumatología)
AUTOR	Riquelme Flores Hernán (1)
CO-AUTORES	Villarroel Rubio David (2), Pérez Torres Nicolás (3), Valdivia Cerda Álvaro (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico en Etapa de Destinación y Formación, Cesfam Bellavista, Tomé. (2) Médico en Etapa de Destinación y Formación, Cesfam Hualpencillo, Talcahuano. (3) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
TÍTULO DEL TRABAJO	CARPAL BOSS BILATERAL EN MUJER ADULTA CON SÍNTOMAS DE INICIO TARDÍO TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CON INMOVILIZACIÓN PROLONGADA:
INTRODUCCIÓN	El Carpal Boss es una prominencia ósea dorsal en la articulación carpometacarpiana, ubicada generalmente en la base del segundo o tercer metacarpiano. Aunque su prevalencia es baja, su presentación clínica inespecífica puede llevar a confusiones diagnósticas con patologías más comunes como gangliones dorsales, quistes sinoviales o tenosinovitis radial. Reconocer oportunamente esta entidad es fundamental, pues permite implementar un manejo adecuado, evita intervenciones innecesarias y mejora significativamente el pronóstico funcional.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 55 años, con antecedente de cirugía por tenosinovitis de Quervain en ambas muñecas, con inmovilización prolongada, consultó por cuadro de dos años de evolución de dolor persistente, progresivo en ambas muñecas, que aumentaba con la actividad, por lo que la evitaba. Al examen físico, se constató prominencia ósea dorsal fija en base del segundo-tercer metacarpiano, dolorosa a la palpación. Radiografía lateral modificada confirmó diagnóstico de Carpal Boss. Se inició tratamiento conservador con analgésicos y fisioterapia que promoviera movilidad progresiva, lo que

obuvo buenos resultados, por lo que no se necesitó abordaje quirúrgico. Paciente firmó consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso subraya la importancia del diagnóstico oportuno del Carpal Boss, para optar a un manejo individualizado que favorezca la reintegración precoz manteniendo funcionalidad. Es crucial sospechar esta entidad en pacientes con dolor dorsal persistente en muñeca asociado a prominencia ósea palpable. La identificación precoz mediante maniobras específicas y radiografías apropiadas facilita un abordaje eficaz, evitando intervenciones innecesarias. Casos refractarios tienen indicación quirúrgica mediante artrodesis o escisión, lo que no fue necesario en esta paciente.

PALABRAS CLAVE Huesos del carpo, Muñeca, Radiografía.

TÍTULO DEL TRABAJO ALTERACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS POR DÉFICIT SEVERO DE CIANOCOBALAMINA EN PACIENTE GERIÁTRICO COMO CAUSA REVERSIBLE EN EL ESTUDIO DE SÍNDROMES DEMENCIALES:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina interna

AUTOR Godoy Barraza Manuel (1)

CO-AUTORES Fuentes Fuentes Jaime (1), Jadue Bórquez Gabriela (1),

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Santa Julia, Macul, Santiago.

INTRODUCCIÓN Las causas de demencia reversible son múltiples, pudiendo un mismo individuo presentar más de una simultáneamente. El déficit de cianocobalamina tiene una prevalencia estimada en mayores de 65 años entre el 5 y el 40%, según el límite inferior utilizado. Está asociada a múltiples manifestaciones clínicas, incluida la neuropatía periférica, neuropatía óptica, anemia megaloblástica, anormalidades de la marcha y alteraciones cognitivas que van desde la confusión leve hasta la demencia.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina de 70 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo. Derivada a evaluación médica en atención primaria de salud (APS) por sospecha de demencia. Paciente y familiar refieren cuadro de 1 año de evolución en que presenta deterioro en funcionalidad, con pérdida progresiva de autonomía en actividades instrumentales de la vida diaria, síntomas neuropsiquiátricos, caracterizado por alteración de memoria

progresivo y síntomas del ánimo compatibles con trastorno depresivo mayor sin síntomas psicóticos. Se pesquiza escala “Alzheimer Disease 8” (AD-8) obteniendo 4 puntos. Se solicita estudio para evaluar causas reversibles de demencia, destacando Hemoglobina 7.7 Hematocrito 24.7 V.C.M 140 H.C.M 43.8 TSH 16.5 T4L 0.98 Cianocobalamina <83. Se realiza suplementación con cianocobalamina vía intramuscular, asociado a ácido fólico vía oral y ajuste de dosis de levotiroxina, logrando remisión completa de sintomatología neurocognitiva y neuropsiquiátrica luego de 6 meses de tratamiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La deficiencia de cianocobalamina es una causa muy poco frecuente de demencia reversible, especialmente como causa única, se presenta como disfunción cognitiva global con lentitud, falta de concentración y fallas de memoria, además son frecuentes las manifestaciones psiquiátricas como depresión. En este caso se evidencia la importancia del estudio de causas reversibles en el abordaje de síndromes neurocognitivos mayores o demencias ya que el tratamiento de estas alteraciones puede lograr remisión completa de sintomatología y recuperar la funcionalidad del paciente.			
PALABRAS CLAVE	Trastornos neurocognitivos, Demencia, Vitamina B 12			
TÍTULO DEL TRABAJO	"ANSIEDAD SILENCIOSA: TRASTORNO FÓBICO SOCIAL INFANTIL VINCULADO A PÉRDIDA AFECTIVA Y MIEDO A LA SEPARACIÓN".			
CLASE	CASO CLINICO (CC)			
CATEGORÍA	H) Especialidades: psiquiatría.			
AUTOR	Peralta Hernandez Margory (2)			
CO-AUTORES	Cárdenas Blanco	Salazar Rivero	Karla Yuris	(1) (2)
	Murillo Pacheco Miguel (2)			
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, CESFAM Nororiente, Los Ángeles (2) Médico cirujano, CESFAM Nororiente, Los Ángeles			
INTRODUCCIÓN	Los trastornos de ansiedad en la infancia son frecuentes y pueden afectar significativamente el funcionamiento social y académico del niño. El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) implica una preocupación excesiva sobre múltiples aspectos de la vida, mientras que la fobia social se caracteriza por un miedo intenso a ser evaluado o juzgado en situaciones sociales. Tras la pandemia por COVID-19, se ha observado un aumento en estos trastornos, especialmente con el			

retorno a clases presenciales, lo que representa un desafío clínico relevante.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Niño de 11 años, sin antecedentes médicos o psiquiátricos, que comenzó a presentar ansiedad intensa tras volver a clases presenciales postpandemia. Mostraba angustia, bajo ánimo, insomnio y evitación de situaciones sociales escolares. La ansiedad se intensificó al punto de requerir la presencia constante de su madre cerca del colegio y presentó un episodio de lipotimia por estrés. Ante la imposibilidad de asistir regularmente, pasó un año en modalidad de educación en casa, con buen rendimiento académico. Fue diagnosticado con TAG y Fobia Social, iniciando tratamiento con ISRS, antipsicótico atípico en dosis bajas, ansiolítico de uso eventual y psicoterapia cognitivo-conductual durante dos años. Logró reintegrarse exitosamente al entorno escolar y fue dado de alta del tratamiento psicológico.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso resalta la forma en que factores externos, como la pandemia y el regreso a clases, pueden desencadenar trastornos de ansiedad severos en la infancia. La coexistencia de TAG y fobia social requiere un enfoque diagnóstico cuidadoso y un tratamiento multidisciplinario que combine intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas. Una atención oportuna permite una evolución favorable, evitando la cronificación y favoreciendo la adaptación emocional y escolar del niño.
PALABRAS CLAVE	Trastorno de ansiedad generalizada; Fobia social; Ansiedad Infantil; Pandemia; Escolaridad; Salud Mental en niños.
TÍTULO DEL TRABAJO	MANEJO DE FIN DE VIDA, SEDACIÓN PALIATIVO COMO ALTERNATIVA:
CLASE	Caso clínico
CATEGORÍA	A) Medicina Familiar
AUTOR	Acuña López Sara (1)
CO-AUTORES	Marchant Mendoza Bárbara (2), Romero Ulriksen Josefa (1), Narbona Tapia Sergio (1).
AFILIACIÓN	(1) Médica/o general de zona, Hospital Clorinda Avello, Santa Juana (2) Médica general de zona, Hospital de la familia y la comunidad de Laja, Laja.
INTRODUCCIÓN	Uno de los fines esenciales de la medicina es ayudar a las personas a morir en paz, siendo la sedación paliativa (SP) un recurso crucial en

este proceso, especialmente cuando los síntomas son refractarios al tratamiento convencional. Utilizada en pacientes con enfermedades terminales, tanto en domicilios como en hospitales, la SP genera incertidumbre y ansiedad en equipos no familiarizados con su práctica. Sin embargo, se fundamenta en principios éticos clave, como la proporcionalidad y el consentimiento informado, y debe ser administrada por equipos multidisciplinarios de cuidados paliativos (CCPP).

PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 72 años, con antecedentes de diabetes tipo 2 de mal control metabólico y demencia tipo Alzheimer, consulta en urgencias por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía aspirativa. Se inicia tratamiento con oxígeno suplementario y antibióticos, sin respuesta clínica significativa. A lo largo de su hospitalización, persisten la disnea y el delirium mixto, controlados parcialmente con morfina y antipsicóticos atípicos, pero sin resolución. Dada la refractariedad del delirium, se plantea la opción de sedación paliativa, la cual es aceptada por la familia. Se inicia tratamiento con midazolam (15 mg/día), obteniendo una respuesta favorable y manteniendo al paciente en sopor profundo. El paciente fallece 72 horas después de iniciada la sedación, acompañado de su familia.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La sedación paliativa (SP) se justifica éticamente en casos de sufrimiento intolerable, como en el presente caso, donde el delirium refractario y otros síntomas no pudieron ser aliviados con tratamientos convencionales. La decisión de iniciar SP fue respaldada por el consentimiento informado y el acompañamiento de cuidados paliativos, cumpliendo con los estándares éticos y clínicos. La correcta implementación de la SP no adelanta la muerte, sino que asegura el alivio del sufrimiento, permitiendo una muerte digna. Este caso reafirma el rol de la SP como una herramienta compasiva dentro de los cuidados paliativos.
PALABRAS CLAVE	Cuidados paliativos, cuidado terminal, sedación profunda
TÍTULO DEL TRABAJO	“OBESIDAD MÓRBIDA Y DIABETES TIPO 2 DE DIFÍCIL MANEJO: EVALUACIÓN INTEGRAL DE UNA PACIENTE CANDIDATA A CIRUGÍA BARIÁTRICA:”
CLASE	B) Medicina Interna
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)

AUTOR	Cortes Ponce de Leon Rebeca Victoria (1)				
CO-AUTORES	Fuentes Baier Valenzuela Peña	Poblete López Javiera Belén	José Ingrid	Carlos Imara	(1) (1) (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General, CESFAM Dr. Luis Ferrada Urzua, Maipú. (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Luis Ferrada Urzua, Maipú. Servicio de Salud Metropolitano Central				
INTRODUCCIÓN	La obesidad mórbida constituye una enfermedad crónica, multifactorial y progresiva, asociada a comorbilidades de alta prevalencia como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensión arterial (HTA). Ante el fracaso del tratamiento médico convencional, deben considerarse estrategias terapéuticas adicionales, incluyendo agonistas de GLP-1 y cirugía bariátrica. Sin embargo, las limitaciones económicas pueden condicionar el acceso sostenido a terapias farmacológicas.				
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 45 años con obesidad mórbida (IMC: 42 kg/m ²) y DM2 de diagnóstico a los 29 años, con control metabólico subóptimo pese al uso de metformina a dosis máxima, empagliflozina e insulina NPH. Requirió insulino terapia tras un año de tratamiento oral ineficaz. Presenta antecedentes familiares relevantes de DM2. Se descartaron causas endocrinas secundarias de obesidad (pruebas de función tiroidea y test de Nugent normales). La paciente fue derivada a unidades de diabetología y cirugía digestiva para evaluación de cirugía bariátrica. Además, cursa con HTA controlada farmacológicamente y evidencia de complicaciones microvasculares: neuropatía periférica y sospecha de retinopatía diabética.				
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La paciente cumple criterios para cirugía bariátrica según las guías nacionales (IMC ≥ 35 kg/m ² con comorbilidades asociadas). El mal control metabólico, pese a la intensificación terapéutica, y la presencia de complicaciones microvasculares respaldan la indicación quirúrgica. Este caso subraya la necesidad de un abordaje integral y multidisciplinario, combinando nutrición, apoyo psicológico y actividad física. Asimismo, destaca la innovación terapéutica que representa la incorporación de alternativas como la cirugía bariátrica y los agonistas de GLP-1, que deben considerarse como complementos estratégicos dentro del manejo convencional, con el objetivo de				

mejorar el control metabólico, la calidad de vida y el pronóstico a largo plazo.

PALABRAS CLAVE	Cirugía bariátrica, Diabetes Mellitus tipo 2, Empagliflozina, Obesidad mórbida.
TÍTULO DEL TRABAJO	QUISTE HIDATÍDICO ROTO CONTENIDO EN PACIENTE CON HIDATIDOSIS RECURRENTE HEPÁTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Fuentes Reyes Francisca (1)
CO-AUTORES	Aguirre Maldini Juan (1), Barraza López Ana (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Cauquenes, Cauquenes (2) Médico General de Zona, CESFAM de Villa Alegre, Villa Alegre
INTRODUCCIÓN	El quiste hidatídico (QH) es una zoonosis endémica en Chile provocada por la ingesta de huevos de Echinococcus. Generalmente es de localización hepática 70-75%. Su presentación puede ser asintomática, molestias por compresión o choque anafiláctico por rotura del quiste, además de que puede tener recurrencias. Se reporta el caso de una paciente con recurrencia de QH hepático, en este caso roto y contenido hacia la región antroduodenal, sin reacción anafiláctica asociada.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 58 años, con antecedentes de hipertensión, hipotiroidismo y quistectomía hidatídica hepática hace 20 años. Ingresa por cuadro de dolor en hipocondrio derecho, irradiado a dorso. En exámenes presenta elevación de lipasa, eosinófilos e hiperbilirrubinemia directa. Se realiza resonancia magnética que reporta lesión hepática compatible con QH de paredes gruesas, 57 x 45 x 60 mm en segmento hepático III, con rotura contenida hacia región antroduodenal. Se mantiene con tratamiento antibiótico ceftriaxona y metronidazol, recibiendo además albendazol por 14 días previo a la cirugía. Se mantiene con monitorización continua, sin reacción anafiláctica. Se traslada a centro de referencia para resolución quirúrgica electiva donde se realiza quistectomía y segmentectomía hepática izquierda (III). Recibe tratamiento antihelmíntico post operatorio.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso presentado es una manifestación inusual de la enfermedad, ya que evolucionó con una ruptura intraperitoneal contenida, la cual es

una complicación grave y poco frecuente, entre 0.08-2.4% de presentación, pero potencialmente mortal. En la literatura se describe que la presencia de anafilaxia secundaria oscila entre 1-7.5%, por lo que es importante tener presente esta complicación. La tasa de recurrencia después de la rotura de un quiste hidatídico intraperitoneal se informa entre el 0%-28.6%, es por esto que el manejo postoperatorio debe incluir tratamiento antihelmíntico para erradicar cualquier quiste remanente y prevenir la recurrencia y la hidatidosis secundaria, lo que se implementó en el caso.

PALABRAS CLAVE	Anafilaxia, Equinococosis, Reinfección.
TÍTULO DEL TRABAJO	“SÍNDROME DE BARDET-BIEDL Y COMORBILIDADES METABÓLICAS. REPORTE DE UN CASO:”
CLASE	B) Medicina Interna
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Valenzuela Peña Javiera Belén (1)
CO-AUTORES	Cortes Ponce de Leon Rebeca Victoria (2) Fuentes Palacios José Carlos (2) Arias Senn Estela Belén (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Luis Ferrada Urzua, Maipú. Servicio de Salud Metropolitano Central (2) Médico General, CESFAM Dr. Luis Ferrada Urzua, Maipú. (3) Médico General de Zona, CESFAM Dr. José Durán Trujillo, San Carlos. Servicio de Salud Ñuble
INTRODUCCIÓN	El síndrome de Bardet-Biedl (SBB) es una enfermedad genética rara, perteneciente al grupo de las ciliopatías, que se manifiesta con un espectro clínico amplio: polidactilia, retinopatía pigmentaria, obesidad, alteraciones metabólicas y cognitivas, entre otras. La asociación con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos, especialmente en contextos de discapacidad visual. Este caso resalta la importancia del seguimiento integral desde la atención primaria en condiciones genéticas complejas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 35 años, con diagnóstico genético confirmado de SBB desde el nacimiento, en el contexto de polidactilia en mano y pie derechos. Presenta retinosis pigmentaria, con ceguera total bilateral. A los 24 años debuta con DM2 e hipertensión arterial; un año después

se diagnostica asma. Intervenido quirúrgicamente por polidactilia, histerectomía a los 27 años por metrorragias excesivas, y cirugía de cataratas a los 30 años; actualmente en lista de espera por colecistectomía. Tiene antecedentes familiares de una hermana con el mismo síndrome, sin alteraciones genéticas en los padres. Inicialmente presentó mal control glicémico, requiriendo insulino terapia; actualmente mantiene buen control metabólico en seguimiento por programa cardiovascular en atención primaria. Asiste a una escuela especial para personas no videntes; el déficit cognitivo no ha sido formalmente evaluado. Se cuenta con consentimiento informado de la paciente para la presentación del caso, resguardando su confidencialidad según principios éticos y normativas vigentes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso refleja la complejidad del manejo de SBB, donde la aparición temprana de comorbilidades como DM2 requiere un abordaje individualizado y coordinado. El control metabólico en pacientes con discapacidad visual y posible compromiso cognitivo implica adaptaciones terapéuticas y educativas. La atención primaria desempeña un rol fundamental en el seguimiento, continuidad del cuidado y coordinación con especialistas. Este reporte aporta evidencia sobre la necesidad de estrategias integrales y sensibles a las particularidades funcionales de estos pacientes.
PALABRAS CLAVE	Diabetes Mellitus Tipo 2, Retinitis pigmentosa, Síndrome de Bardet-Biedl.
TÍTULO DEL TRABAJO	Síndrome de Wellens o “The widow maker”, en una urgencia hospitalaria rural:
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA	H) Especialidades: Urgenciología
AUTOR	Benavente Orrego Ángela (1),
CO-AUTORES	Urzúa Canales Pablo (1), Albornoz Hormazábal Katherine (1), Benavente Orrego Erasmo (2).
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Licantén, Licantén. (2) Alumno de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago.
INTRODUCCIÓN	El Síndrome de Wellens es un subtipo de angina inestable con riesgo de progresar a infarto agudo de miocardio (IAM) de pared anterior. Presenta un patrón de inversión simétrica de onda T, o T bifásicas en V2-3, entregando alta sensibilidad y especificidad para estenosis

crítica de la porción proximal de la arteria descendente anterior (ADA), requiriendo estrategias invasivas temprana para evitar complicaciones. Los pacientes no refieren dolor al momento de obtener el electrocardiograma (ECG) y con biomarcadores normales o mínimamente elevados.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 44 años hipertenso, ingresa en forma autónoma, de madrugada a Servicio de Urgencias Rural, por cuadro de un mes de palpitaciones. Ingres a taquicárdico (130-170 latidos por minuto), normotenso, sin alteración de signos vitales. En ECG de ingreso se evidencia taquicardia de complejo ancho, se solicita monitorización cardiovascular con control de presión arterial en rango hipotensivo, por lo que se realiza cardioversión eléctrica 150Joules, con enzimas cardiacas normales. En ECG control se observa posible infarto miocárdico anteroseptal con infradesnivel del ST en V2 - V5, derivando a servicio de urgencia de hospital de referencia, en donde se realiza angiografía y se evidencian oclusión de ADA y lesión severa arteria coronaria derecha (ACD), se realiza angioplastia con stent medicado en ADA proximal y ACD, ventriculografía demostró ventrículo izquierdo con hipocinesia anterior.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se presenta caso de paciente con clínica anodinia, quien consulta de forma autónoma por palpitaciones, evidenciando taquicardia de complejo ancho con inestabilidad hemodinámica manejada, con ECG control aparentemente normal, correspondiendo su etiología a una estenosis crítica de la ADA y ACD. El objetivo de este caso, recalca la importancia de mantener alta sospecha diagnóstica del Síndrome de Wellens o el “Widow Maker”, presente en cuadros cardiovasculares que presenten ECG aparentemente normales, en donde debemos buscar dirigidamente su patrón característico de inversión de onda T en derivadas V2-3.

PALABRAS CLAVE

Arteria Descendente Anterior, Angina Inestable, Coronariopatía, Wellens

TÍTULO DEL TRABAJO

“PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TUBERCULOSIS EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL, UNA SOSPECHA DIAGNÓSTICA OLVIDADA. A PROPÓSITO DE UN CASO:”

CLASE

B) Medicina Interna

CATEGORÍA

Caso clínico (cc)

AUTOR

Cortes Ponce de Leon Rebeca Victoria (1)

CO-AUTORES	Fuentes Valenzuela Arias Senn Estela Belén (3)	Poblete Peña	José Javiera	Carlos Belén	(1) (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General, CESFAM Dr. Luis Ferrada Urzua, Maipú. (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Luis Ferrada Urzua, Maipú. Servicio de Salud Metropolitano Central (3) Médico General de Zona, CESFAM Dr. José Durán Trujillo, San Carlos. Servicio de Salud Ñuble				
INTRODUCCIÓN	La tuberculosis testicular es una forma infrecuente de tuberculosis extrapulmonar, cuyo diagnóstico puede retrasarse por su similitud con patologías más comunes como Orquiepididimitis o neoplasias. En pacientes inmunosuprimidos, como los trasplantados renales, el riesgo de reactivación y la necesidad de ajustar esquemas terapéuticos plantean un desafío clínico. Se presenta un caso manejado inicialmente a nivel hospitalario y derivado a atención primaria para seguimiento con esquema modificado.				
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 61 años, con antecedente de trasplante renal, en seguimiento por nefrología. Consultó por aumento de volumen testicular sin respuesta a tratamiento antibiótico, que evolucionó a induración, fistulización y baja de peso. Una ecografía evidenció absceso testicular, indicándose orquiectomía. El estudio histológico confirmó Orquiepididimitis Granulomatosa con necrosis caseosa y células de Langhans, compatible con tuberculosis. Se inició tratamiento antituberculoso ajustado a función renal, incluyendo Rifampicina, que debió suspenderse por interacción con Tacrolimus, siendo reemplazada por Levofloxacino. Se completó la fase inicial y continúa en mantención con buena respuesta clínica y seguimiento en Centro de Salud Familiar y especialidades.				
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso refleja la importancia de considerar tuberculosis en cuadros escrotales atípicos, especialmente en pacientes inmunosuprimidos. El diagnóstico histológico fue clave para confirmar la etiología. El manejo se vio complejizado por interacciones farmacológicas, lo que obligó a individualizar el tratamiento. Este escenario evidencia la necesidad de contar con alternativas terapéuticas seguras y protocolos adaptados a pacientes con condiciones especiales. El seguimiento desde atención primaria permitió garantizar adherencia, control clínico y coordinación con equipos especializados. Se recomienda mantener alta sospecha diagnóstica ante síntomas				

persistentes y fortalecer el trabajo colaborativo entre niveles de atención para mejorar el abordaje de patologías complejas

PALABRAS CLAVE	Orquitis, Tuberculosis genital masculina, Trasplante renal.		
TÍTULO DEL TRABAJO	LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL INFLAMATORIA SECUNDARIA A LEVAMISOL:		
CLASE	Caso clínico (cc)		
CATEGORÍA	G) Neurología		
AUTOR	Vallebuona Larde Giorgio (1)		
CO-AUTORES	Díaz Durán	Ugaz Andrade	Natalia Tomás (2) (3)
AFILIACIÓN	1. Médico General de Zona, Hospital de Nancagua, Nancagua 2. Médico General de Zona, Hospital de Lolol, Lolol 3. Interno de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago		
INTRODUCCIÓN	La leucoencefalopatía tóxica es una entidad poco común, bien definida, y precipitada por el consumo de medicamentos, drogas ilícitas y/o sus aditivos. Esta patología puede desencadenarse con una latencia de varios días después de la exposición, lo que dificulta su diagnóstico. En esta oportunidad se presenta el caso de una paciente con un cuadro subagudo de síntomas neurológicos y compromiso de conciencia cualitativo, secundario al uso de pasta base.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Consulta en servicio de urgencia una mujer de 37 años con antecedente de trastorno de personalidad límite y policonsumo por cuadro insidioso de 4 días de evolución caracterizado por hipoestesia facial y parestesias en hemicara izquierda, disminución de la fuerza en extremidad superior ipsilateral, agresividad, deterioro cognitivo, disartria y rigidez en ambas extremidades inferiores con reflejo cutáneo plantar extensor bilateral. Se realiza Tomografía computada cerebral donde destaca hipodensidad subcortical frontal bilateral, con compromiso de rodilla de cuerpo calloso. Resonancia magnética (RM) destaca atrofia encefálica difusa y microangiopatía en sustancia blanca subcortical. Se estudia líquido cefalorraquídeo, serología para infecciones, enfermedades autoinmunes y metabólicas, sin hallazgos. Se plantea como diagnóstico leucoencefalopatía inflamatoria multifocal inducida por levamisol. Se inicia plasmaféresis, corticoides en altas dosis y posteriormente rituximab, interrumpido por		

intercurrencia infecciosa, sin embargo, con mejoría neurológica significativa.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El levamisol es un antihelmíntico e inmunomodulador de uso veterinario, también utilizado como aditivo común en la cocaína y pasta base, presente en el 80% de las muestras. El daño que produce no está relacionado con la repetición del consumo o toxicidad acumulada, sino que se produce por una reacción infrecuente a la exposición. El screening para drogas ilícitas apoyaría el diagnóstico. Es importante considerarlo dentro del abanico de diferenciales en policonsumidores que presentan leucoencefalopatías para detener la exposición al tóxico e iniciar terapia de manera precoz.
PALABRAS CLAVE	Drogas ilícitas, Leucoencefalopatías, Levamisol,.
TÍTULO DEL TRABAJO	MÁS ALLÁ DE LA INFECCIÓN: REACCIÓN LEUCEMOIDE COMO CLAVE DIAGNÓSTICA DE LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA CRÓNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO
CLASE	B) MEDICINA INTERNA
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Martinez Figueroa Francisco (1)
CO-AUTORES	Espinoza Estay Pablo (1), Wallach Weinstein ArieH (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Gorbea, Gorbea.
INTRODUCCIÓN	La reacción leucemoide se define como una leucocitosis extrema, generalmente superior a 50.000/μL, acompañada de neutrofilia y desviación a la izquierda, comúnmente en respuesta a infecciones graves o causas inflamatorias. Por otro lado, la leucemia mielomonocítica crónica (LMMC) es una neoplasia hematológica con características mieloproliferativas y displásicas. Puede asociarse a leucocitosis persistente, neutropenia, anemia leve y/o trombocitosis. Este caso busca destacar la importancia del diagnóstico diferencial en contextos infecciosos con leucocitosis persistente, enfatizando la necesidad de un seguimiento adecuado para descartar enfermedades hematológicas subyacentes.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 81 años, con antecedentes de hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca, consulta en urgencias por disnea, tos

con expectoración purulenta y fiebre. Al examen físico se encuentra febril, con hipoxemia y crépitos en bases pulmonares. Laboratorio al ingreso: leucocitosis de 30.000 / μ L, proteína C reactiva 10 mg/dL y procalcitonina 0,4 ng/mL. Radiografía de tórax con infiltrado intersticial difuso. Se diagnostica neumonía bacteriana grave, iniciando hospitalización y tratamiento antibiótico. Durante la hospitalización, persiste la leucocitosis, lo que motiva estudio hematológico. Se solicita biopsia de médula ósea y citometría de flujo, diagnosticándose leucemia mielomonocítica crónica (LMMC). Consentimiento informado otorgado por paciente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La paciente ingresó por neumonía bacteriana grave con leucocitosis marcada. La persistencia de leucocitosis pese al tratamiento antibiótico motivó estudio hematológico, confirmando LMMC. Este caso resalta la importancia de considerar causas hematológicas ante reacciones leucemoides que no se resuelven con el manejo de la infección.
PALABRAS CLAVE	Leucemia, Leucocitosis, Neumonía bacteriana
TÍTULO DEL TRABAJO	QUILOTÓRAX BILATERAL EN UN CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE COLÓN DESCENDENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	D) Cirugía
AUTOR	“Díaz Ugaz Natalia” (1)
CO-AUTORES	“Vallebuona Larde Giorgio” (2), “Durán Andrade Tomás “ (3), “Rojas Vasquez Fernanda “ (3),
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Lolol, Lolol (2) Médico General de Zona, Hospital de Nancagua, Nancagua (3) Interno de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago
INTRODUCCIÓN	El quilotórax es un trastorno infrecuente, que se define como la presencia de quilo en el espacio pleural. Los linfomas son una causa común, siendo raros en otras neoplasias no linfoides. Este trabajo relata el caso de una paciente evaluada en el servicio de urgencia (SU) por un cuadro compatible con anasarca en un hospital rural.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 78 años, antecedente de carcinoma neuroendocrino de colon descendente metastásico, evaluada en SU por cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por tos, disnea en reposo, edema generalizado y compromiso del estado general. Presentaba consulta previa por cuadro respiratorio manejado con antibioticoterapia por neumonía. Al exámen físico destaca hipotensión, edema generalizado con fóvea presente, murmullo pulmonar bibasal disminuido, taquipnea, saturando 92% ambiental y ascitis. Radiografía destaca derrame pleural bilateral significativo, por lo que se deriva a Hospital de mediana complejidad. Se realiza toracocentesis, obteniendo liquido pleural lechoso, 600 cc, GRAM negativo, Glucosa 103, Ph 7.51, Colesterol 39. Dado antecedentes descritos se deja manejo paliativo con albúmina 20% y diuréticos, con disminución de la disnea y se indican cuidados de fin de vida en domicilio.		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El quilotórax es una causa poco común pero importante de derrame pleural. La clínica varía entre individuos, en relación con el volumen del derrame y la causa. Para su diagnóstico es crucial el estudio del líquido pleural e imágenes buscando la etiología y sitio de fuga. Inicialmente el tratamiento es conservador antes de considerar medidas más invasivas y con un enfoque multidisciplinario. En pacientes oncológicos terminales, el abordaje terapéutico debe centrarse en mejorar la calidad de vida y el confort de los pacientes, mediante intervenciones paliativas individualizadas. Este caso resalta la importancia de considerar el quilotórax como diagnóstico diferencial en pacientes oncológicos con derrame pleural y evolución clínica atípica.		
PALABRAS CLAVE	Carcinoma, Edema, Quilotórax, Toracocentesis		
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	DISTONÍA INDUCIDA POR RISPERIDONA, A PROPÓSITO DE UN CASO:	
CLASE	CASO CLÍNICO		
CATEGORÍA	Caso	clínico	(cc)
	H: ESPECIALIDADES		
AUTOR	Barra Ortiz, Paulina (1)		
CO-AUTORES	Palet	Correa, Esteban	(2)
	Zambrano Rey, Andrea (3)		

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cesfam Pulmahue, Padre Las Casas. (2) Médico General de Zona, Cesfam Conunhuenu, Padre Las Casas. (3) Médico General de Zona, Cesfam Rio Negro Hornopirén, Hornopirén.
INTRODUCCIÓN	La distonía medicamentosa (DM) es una complicación rara pero grave asociada al uso de ciertos fármacos, principalmente antipsicóticos. Se manifiesta como movimientos involuntarios y posturas anormales, que pueden ser temporales o crónicas. El tratamiento suele incluir la interrupción de los medicamentos causantes y el uso de fármacos específicos para reducir los síntomas. La prevención y un diagnóstico temprano son claves para minimizar los efectos adversos y mejorar el pronóstico de los pacientes afectados.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino, con antecedentes de depresión y trastorno de personalidad, en tratamiento con Escitalopram y Risperidona. Consulta en servicio de urgencias por contractura cervical dolorosa y espasmo facial, asociado a parestesia lingual y dificultad respiratoria. Síntomas inician posterior a aumento de dosis de Risperidona. Al examen físico destaca lengua espástica desviada a derecha, trismus y mandíbula desviada a derecha, además de rigidez cervical y temblor de extremidades. Se indica Diazepam 10 mg endovenoso con regular respuesta, por lo que se complementa con Trihexifenidilo 2 mg via oral. Este último con mejoría clínica a los 30 minutos. Se da de alta, con indicación de suspensión de Risperidona hasta evaluación por especialidad, trihexifenidilo 2 mg cada 12 horas por 2 días.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El manejo incluye, en primer lugar, retirada del fármaco causal, y en segundo lugar, el uso de medicamentos anticolinérgicos (por ejemplo: trihexifenidilo) y antagonistas de receptores dopaminérgicos. En algunos casos, se pueden emplear benzodiacepinas o incluso baclofeno, como alivio sintomático. Se hace hincapié en la importancia de tratar de minimizar los riesgos de recurrencia y de considerar alternativas terapéuticas a los antipsicóticos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o los antipsicóticos atípicos, que tienen un perfil de efectos secundarios menos agresivo. La DM es una patología grave, cuyo diagnóstico requiere una anamnesis completa, para poder realizar tratamiento acorde y oportuno.
PALABRAS CLAVE	Distonía, antagonistas colinérgicos, risperidona

TÍTULO DEL TRABAJO	DOLOR LUMBAR EN ADULTOS MAYORES: SIGNO DE ALARMA PARA LA DETECCIÓN DE NEOPLASIA:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	H) Especialidades (Oncología)
AUTOR	Molina Molina Kelly (1)
CO-AUTORES	Montoya Bernal Ivan (1), Jobet Scheel Josefina (2), Peralta Hernandez Margory (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano Artículo 9, Hospital Familiar y Comunitario de Nacimiento, Nacimiento. (2) Médico General de Zona, Hospital Familiar y Comunitario de Nacimiento, Nacimiento. (3) Médico Cirujano, CESFAM Nororiente, Los Ángeles.
INTRODUCCIÓN	El dolor lumbar es una de las patologías más frecuentes en adultos mayores, principalmente asociado al desgaste degenerativo de las articulaciones de la columna vertebral. No obstante, existe un grupo considerable de pacientes que presenta dolor lumbar recurrente y de intensidad progresiva, el cual, al acompañarse de signos de alarma como pérdida de peso, sudoración nocturna o irradiación a los miembros inferiores, entre otros, amerita una búsqueda diagnóstica dirigida a descartar una etiología oncológica como causa subyacente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de sexo femenino, 74 años, previamente autovalente. Consultó en múltiples ocasiones al servicio de urgencias durante un período de tres meses por lumbalgia que inicialmente respondía a manejo analgésico intramuscular. En su última consulta, realizada en un hospital de baja complejidad, refirió dolor lumbar de intensidad 10/10, con irradiación a ambas extremidades inferiores, lo que le imposibilitaba la marcha. Al examen físico destacaba un abdomen distendido y doloroso a la palpación difusa, además en región lumbar punto doloroso exquisito localizado a nivel de L2-L3, sin evidencia de focalidad neurológica. Debido a la sintomatología descrita, se decide derivar a centro de mayor complejidad, donde se realizó tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis, que evidenció una gran masa renal izquierda de aspecto neoplásico con infiltración de cuerpos vertebrales L1, L2 y L3, además de compromiso de estructuras retroperitoneales, pulmonar y hepática.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso clínico resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha en pacientes adultos mayores que presentan dolor lumbar recurrente, especialmente cuando el dolor no responde al manejo

médico convencional. Tal sintomatología podría ser el primer o único indicio de una patología oncológica subyacente. Asimismo, subraya la relevancia de una anamnesis detallada, que permita identificar signos y síntomas de alarma, esenciales para orientar el diagnóstico diferencial de manera temprana y efectiva.

PALABRAS CLAVE	Adulto mayor, Dolor lumbar, Neoplasia.		
TÍTULO DEL TRABAJO	“FISURA ANAL CON MALA RESPUESTA A TRATAMIENTO NO CONVENCIONAL (INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA), REPORTE DE UN CASO”		
CLASE	Caso clínico (CC)		
CATEGORÍA	d) Cirugía		
AUTOR	Katherine Albornoz Hormazábal (1)		
CO-AUTORES	Ángela Benavente	Orrego	(1)
	Pablo Urzúa	Canales	(1)
	Erasmus Benavente Orrego (2)		
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Licantén, Licantén. (2) Interno de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago.		
INTRODUCCIÓN	La fisura anal es una lesión benigna del canal anal, comúnmente asociada a dolor intenso durante la defecación y rectorragia. En la mayoría de los casos, responde a tratamientos conservadores, pero en pacientes con fisuras crónicas, puede ser necesario recurrir a opciones más invasivas. Una de estas es la inyección de toxina botulínica en el esfínter anal interno, con tasas de éxito variables reportadas en la literatura.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina, 35 años, sin antecedentes previos, con dolor anal intenso y rectorragia de un año de evolución. La colonoscopia reveló fisura anal anterior y posterior. Fue sometida a fisurectomía con aplicación de 100 UI de toxina botulínica bajo guía endosonográfica. No se observó mejoría clínica ni cicatrización, persistiendo los síntomas. Ante la mala evolución, se decidió realizar una esfinterotomía lateral izquierda y aplicación de plasma rico en plaquetas sobre el lecho de la fisura. La paciente evolucionó favorablemente, con cierre completo de la lesión y sin recurrencias tras un año de seguimiento.		

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La fisura anal crónica representa un reto terapéutico cuando no responde a medidas conservadoras. La toxina botulínica se ha utilizado como una alternativa mínimamente invasiva, con tasas de éxito reportadas entre 60% y 90%. Sin embargo, factores como fisuras múltiples, evolución prolongada o alteraciones esfinterianas pueden limitar su efectividad. En estos casos, la esfinterotomía lateral interna continúa siendo el tratamiento quirúrgico de elección, con buenos resultados, aunque con riesgo de incontinencia, especialmente en mujeres. El caso expuesto destaca la importancia de seleccionar adecuadamente a los pacientes para tratamiento con toxina botulínica y de mantener un seguimiento estrecho. Ante la falta de respuesta clínica y cicatrización, debe considerarse oportunamente el abordaje quirúrgico definitivo para evitar la persistencia de síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.			
PALABRAS CLAVE	Esfinterotomía lateral interna, Fisura anal, Toxina Botulínica			
TÍTULO DEL TRABAJO	"SOSPECHA DE MIELOMA MÚLTIPLE EN PACIENTE CON FRACTURAS VERTEBRALES E HIPERCALCEMIA, REPORTE DE UN CASO:"			
CLASE	Caso clínico (CC)			
CATEGORÍA	b) Medicina Interna			
AUTOR	Katherine Albornoz Hormazábal (1)			
CO-AUTORES	Ángela Benavente Orrego (1)	Pablo Urzúa Canales (1)		Erasm
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Licantén, Licantén. (2) Interno de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago.			
INTRODUCCIÓN	El mieloma múltiple es una neoplasia hematológica caracterizada por la proliferación clonal de células plasmáticas. Se manifiesta clínicamente por hipercalcemia, anemia, insuficiencia renal y lesiones óseas, pero su presentación puede ser insidiosa, dificultando el diagnóstico temprano. La sospecha clínica es clave para iniciar a tiempo el manejo y evitar complicaciones graves.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 66 años, con antecedentes de hipertensión, artrosis y osteoporosis, consulta por disnea progresiva y fatiga. Se constata anemia severa (Hemoglobina 6 g/dL) por lo que se transfunde y se documenta falla renal aguda prerrenal, con buena respuesta a hidratación. Presenta dificultad para movilización, se			

solicita escáner de columna que revela fracturas vertebrales por aplastamiento (T10-L3), osteopenia difusa y signos de enfermedad de Kummel. Se detecta hipercalcemia severa (16.5 mg/dL), iniciándose manejo con hidratación, diuréticos, corticoides y pamidronato, con buena evolución clínica. Ante la asociación de hipercalcemia, anemia y lesiones óseas, se sospecha mieloma múltiple. Estudios confirman componente monoclonal IgG Kappa en sangre y orina. Se inicia tratamiento con dexametasona en pulsos. La paciente mejora progresivamente y se da el alta con seguimiento por hematología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El conjunto de hipercalcemia, anemia, falla renal y lesiones óseas debe alertar sobre la posibilidad de mieloma múltiple, especialmente en pacientes mayores. Las fracturas por aplastamiento en hueso patológico son manifestaciones comunes, y su detección debe motivar un estudio hematológico exhaustivo. Este caso refuerza la importancia de una evaluación integral en adultos mayores con síntomas inespecíficos. La sospecha clínica oportuna y el inicio temprano del tratamiento pueden mejorar significativamente el pronóstico y calidad de vida del paciente.
PALABRAS CLAVE	Fracturas vertebrales, Hipercalcemia, Mieloma Múltiple
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL Cuando no hay síntomas B: linfoma de células B con presentación axilar atípica
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina interna
AUTOR	Jara Jara Constanza (1)
CO-AUTORES	Moreno Campusano Sebastián (1), Gallardo Saavedra Irma (1).
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM de Máfil, Máfil
INTRODUCCIÓN	El linfoma no Hodgkin (LNH) es un grupo de neoplasias malignas linfoproliferativas (1), donde el linfoma de células B representa el 85% de los casos. El LNH se divide en linfoma de crecimiento lento y rápido, el último con mayor grado de malignidad. La incidencia de esta enfermedad en Chile ha ido en aumento asociado, entre otros factores, al envejecimiento poblacional(3). La presentación clínica incluye adenopatías indoloras, principalmente en cuello, axilas e ingles, asociado a fiebre inexplicada, sudoración nocturna y pérdida de peso (4). El tipo más común de LNH es el linfoma difuso de células B gigantes (LDCBG), cuya tasa de crecimiento es muy rápida, con

síntomas que se desarrollan en semanas o meses (5,6). El diagnóstico preciso y temprano del LNH es fundamental para lograr mejores tasas de respuesta a tratamiento y pronóstico (7)

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 78 años con antecedente de hipertensión arterial, consultó en urgencias por cuadro de 1 semana de aumento de volumen progresivo en zona axilar-supramamaria derecha con extensión hacia supraclavicular, indoloro. Al interrogatorio dirigido negó baja de peso, sudoración nocturna, fiebre u otros síntomas de alarma. Se solicitaron exámenes de laboratorio, sin alteraciones, además de ecografía y mamografía donde se describió masa de aspecto sospechoso de 15 cm en cola de mama derecha, y se indicó considerar linfoma dentro del diagnóstico diferencial. Se realizó Tomografía de cuello y tórax, que describió conglomerado adenopático en la zona, y biopsia core que informó linfoma B maduro con expresión de CD5 y alto índice de proliferación.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Al enfrentar un cuadro de aumento de volumen de rápido crecimiento es fundamental tener un alto índice de sospecha de patología maligna, incluso en ausencia de otros factores de riesgo o de la clínica clásica. Un diagnóstico precoz y oportuno mejora el pronóstico del paciente y su respuesta al tratamiento.
PALABRAS CLAVE	Linfoma, linfadenopatías, aumento de volumen, oligosintomático
TÍTULO DEL TRABAJO	TORMENTA ARRÍTMICA SECUNDARIA A DESCARGA SÉPTICA: REPORTE DE UN CASO
CLASE	H) Especialidades (Medicina de Urgencia)
CATEGORÍA	Caso Clínico (CC)
AUTOR	Rivas Muñoz Martín (1)
CO-AUTORES	Pinilla Hermosilla Matías (1), Guzmán Maira Felipe (1), Fuentes Dahl Gonzalo (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General, Hospital Dr. Rafael Avaria Valenzuela, Curanilahue
INTRODUCCIÓN	La tormenta arrítmica (TA) es una condición de alta mortalidad, con un amplio abanico etiológico, muchas de las cuales se observan en el ambiente hospitalario. Su presentación fulminante exige reconocimiento precoz y manejo oportuno, esenciales en cualquier nivel de atención.

PRESENTACIÓN DEL CASO		Hombre de 62 años, prostatectomizado en 2011, con antecedentes de dolor crónico en fosa ilíaca izquierda. Consultó por reagudización del dolor, presentando hipotensión, taquicardia, inflamación sistémica, plaquetopenia moderada y falla renal aguda, además de un sedimento urinario no inflamatorio. La tomografía computada evidenció nefritis inflamatoria-infecciosa del riñón izquierdo con litiasis obstructiva ipsilateral. Durante la instalación de sonda Foley en urgencias, presentó taquicardia ventricular (TV), manejada con cardioversión eléctrica (CVE). Evolucionó con recurrencia inmediata en 10 ocasiones, tratadas con CVE, fluidoterapia, amiodarona, sulfato de magnesio y propranolol en dosis altas, logrando finalmente ritmo sinusal sostenido. Ingresó a cuidados intensivos, iniciándose hemofiltración. Evolucionó favorablemente en lo hemodinámico e infeccioso. El hemocultivo fue positivo para <i>Proteus mirabilis</i> multisensible. El ecocardiograma trans-torácico descartó cardiopatía estructural. Electrofisiología atribuyó la TA a una descarga séptica secundaria a cateterismo vesical. Completó 14 días de antibioticoterapia y fue egresado, sin secuelas.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES		La TA es una emergencia médica, asociada a alto riesgo de mortalidad si no se identifica y maneja oportunamente. Suele estar vinculada a cardiopatía estructural y alteraciones electrolíticas, pero existen situaciones menos frecuentes como un estado séptico, que puede actuar como desencadenante primario, incluso en pacientes sin antecedentes cardiovasculares. En el caso, el inicio de la TA coincidió con el cateterismo vesical. El estímulo simpático propio del proceso infeccioso, junto con posibles alteraciones autonómicas secundarias a la manipulación vesical, pudieron favorecer la inestabilidad eléctrica. Este caso evidencia la importancia de considerar causas extracardíacas en arritmias graves y la necesidad de abordarlas de forma integral, priorizando tanto el control eléctrico como la corrección de factores precipitantes.
PALABRAS CLAVE		Arritmia, antiarrítmicos, sepsis
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN UN DERRAME PLEURAL EXUDATIVO, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE		b) Medicina interna
CATEGORÍA		Caso clínico (cc)
AUTOR		Jaramillo Zúñiga Francisca (1)

CO-AUTORES	Eltit	Sabureau	Michelle	(2)
	Fuentes	Vejar	Rodrigo	(3)
	Hernandez Silva Jaime (4)			
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, Centro Salud Familiar José Alvo, La Florida, Santiago. (2) Médica General de Zona, Centro de salud familiar Granja Sur, La Granja, Santiago. (3) Médico General de Zona, Complejo Hospitalario San José de Maipo. (4) Médico becado medicina interna, Hospital Padre Hurtado, Universidad del Desarrollo, Santiago.			
INTRODUCCIÓN	El derrame pleural (DP) se define como la acumulación anormal de líquido en el espacio pleural. Su etiología es amplia y los exudados pleurales someten un reto diagnóstico, las causas mas comunes son cáncer , neumonia y tuberculosis (TBC). A pesar del estudio del líquido pleural, en el 25% de los casos no es posible establecer un diagnóstico etiológico de certeza.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 72 años con antecedentes de daño hepático crónico y miocardiopatía dilatada por alcohol. Consulta por disnea de esfuerzo, tos crónica y lesiones cutáneas marrones recientes. Al examen físico destaca murmullo pulmonar abolido en hemitórax derecho y lesiones compatibles con signo de Leser-Trelat (LT). Tomografía computarizada (TAC) torácica muestra extenso DP derecho, atelectasias en lóbulos medio e inferior, y opacidad en lóbulo superior derecho. TAC total sin signos de neoplasia primaria ni metástasis. Laboratorio: bilirrubina directa 2.3, Lactatodeshidrogenasa (LDH) 249. Líquido pleural (LP) de predominio mononuclear (98%), LDH 3166, adenosindeaminasa (ADA) 70 y glucosa 3.4. Baciloscopia y GeneXpert negativos. Citología sin células neoplásicas. Se considera como diagnóstico diferencial derrame pleural tuberculoso versus neoplásico, dado el hallazgo de LT asociado principalmente a adenocarcinoma. Se solicita consentimiento informado para este caso.			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El DP exudativo con predominio mononuclear representa un desafío diagnóstico, siendo crucial identificar su etiología para orientar el tratamiento adecuado. Este caso resalta las limitaciones de las herramientas diagnósticas disponibles y la importancia de una correcta interpretación. La baciloscopía, cultivo y GeneXpert tienen bajo rendimiento, y la citología presenta hasta un 40% de falsos negativos. En cambio, la medición de ADA es útil, ya que niveles >40			

U/L ofrecen alta sensibilidad y especificidad para tuberculosis pleural. En áreas de alta prevalencia, estos niveles pueden justificar el tratamiento empírico. Si persisten dudas, la biopsia por toracoscopia es el "gold standard", con alta sensibilidad para TBC y neoplasias.

PALABRAS CLAVE	Derrame pleural, Exudado, Tuberculosis, Neoplasia
TÍTULO DEL TRABAJO	INCIDENCIA DE LA TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DR AMADOR NEGhme A PROPOSITO DEL AUMENTO A NIVEL NACIONAL:
CLASE	Trabajo de investigación. (TI)
CATEGORÍA	h) Neumología.
AUTOR	Rivera García Julieta (1)
CO-AUTORES	Mujica Garcia Argelys (1), Lozada Torrez Jessica (1)
AFILIACIÓN	(1) Medico APS, Servicio Metropolitano Sur, CESFAM Amador Neghme.
INTRODUCCIÓN	La tuberculosis (TBC) continúa siendo una importante amenaza para la salud pública mundial, incluso en 2025, pese a la existencia de vacuna y tratamiento desde hace décadas. En el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Dr. Amador Neghme, ubicado en Pedro Aguirre Cerda, se registraron 12 casos de tuberculosis pulmonar entre 2023 y 2025, incluyendo un caso de tuberculosis pericárdica. Este estudio analiza la incidencia de la enfermedad y los factores de riesgo asociados en dicha comuna durante ese período.
MATERIALES Y MÉTODOS	Se realizó un análisis descriptivo de los casos confirmados de TBC diagnosticados en el CESFAM, empleando datos de Epivigila y del Censo 2017, y utilizando el método estadístico de chi cuadrado. El estudio incluyó la evaluación de los tipos de tuberculosis diagnosticados, los factores de riesgo y el seguimiento de pacientes.
RESULTADOS	Entre los años 2023 y 2025, se diagnosticaron 12 casos, con dos fallecimientos (uno en 2023 y otro en 2025). Además, 12 personas recibieron quimioprofilaxis por contacto con casos confirmados. A la fecha, en 2025, hay ocho pacientes bajo control: cuatro con TBC pulmonar activa y tres en tratamiento profiláctico. Los principales factores de riesgo identificados incluyen condiciones de inmunosupresión como diabetes, consumo de drogas y alcohol, así como el bajo nivel socioeconómico, siendo este último el más determinante. La persistencia de estos factores refleja que, pese a los

avances médicos, la tuberculosis sigue siendo una enfermedad prevalente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	En este contexto, se destaca la necesidad de fortalecer la prevención y control, ya que la TBC continúa afectando a más de 10 millones de personas cada año en el mundo. Se sugiere que futuras investigaciones consideren el impacto de la pandemia de SARS-CoV-9 en la evolución y dinámica de la tuberculosis, así como en sus determinantes sociosanitarios.
PALABRAS CLAVE	Epidemiología; Tuberculosis; Inmunosupresión.
TÍTULO DEL TRABAJO	"Leucemia Cutis como manifestación de progresión en Leucemia mieloide aguda refractaria, reporte de caso":
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Argenis Espinoza Nuñez (1)
CO-AUTORES	María Jesús Barriga González (2), Daniela Pérez Blümel (3), Kendra Sehlke Levineri (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano, Cesfam Ignacio Carrera Pinto, Yervas Buenas (2) Interna de Medicina, Hospital Regional de Rancagua, Universidad de Talca (3) Interna de Medicina, Hospital de Linares, Universidad de Talca (4) Interna de Medicina, Hospital de Santa Cruz, Universidad de Talca
INTRODUCCIÓN	La afectación leucémica cutis (LC) se presenta hasta el 13 % de los pacientes, con mayor frecuencia en leucemia mieloide aguda (LMA) con componente monocítico o mielomonocítico prominente. Esta describe las manifestaciones cutáneas por penetración de leucocitos neoplásicos. Su aparición suele ser posterior (57%) o simultánea (38%) al diagnóstico hematológico; sin embargo, se ha observado en ausencia de afectación en sangre periférica o médula ósea. Estas lesiones pueden ser localizadas o diseminadas y presentarse solas o en combinación en cualquier zona de la piel, con mayor frecuencia en tronco y extremidades, nodulares y color violáceo/azulado.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino 64 años con antecedente de LMA diagnosticada hace 1 año, recibió esquema quimioterapia (QMT) de inducción, mielograma control Blastos 15%, siendo refractaria a tratamiento. Comité oncológico decide nuevo tratamiento de reinducción,

suspendido por elevación de transaminasas. Posteriormente fue hospitalizado por Neutropenia febril atribuido a QMT. Finalmente, se decide tratamiento paliativo. Consulta por cuadro de 1 semana de evolución con compromiso del estado general, dolor abdominal y epistaxis autolimitada recurrente. Al exámen físico hipotenso, afebril, palidez mucocutánea, marcada esplenomegalia. En extremidades, abdomen y cuero cabelludo múltiples hematomas y nódulos eritemato-violáceos perlados, de consistencia gomosa, el más grande de 6 cm aprox en abdomen. Dichas lesiones desaparecen al recibir QMT.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Las lesiones cutáneas sugestivas de leucemia cutis es una entidad poco frecuente. En este contexto debe considerarse una manifestación de progresión de enfermedad. Refleja la capacidad de las células leucémicas para evadir el microambiente medular e infiltrar tejidos extramedulares, sugiriendo una biología agresiva y resistencia al tratamiento convencional. Cuando aparece clínica cutánea suele existir otra afectación extramedular, evidenciando mal pronóstico. Por lo que es importante realizar estudio exhaustivo buscando otras zonas de metástasis, principalmente sistema nervioso central. Tener en cuenta estas lesiones para diagnóstico de leucemia, ya que pueden ser la única manifestación.
PALABRAS CLAVE	Leucemia Mieloide Aguda (LMA); Leucemia Cutis (LC); Quimioterapia de inducción.
TÍTULO DEL TRABAJO	DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO EN SERVICIO DE URGENCIA RURAL: REPORTE DE CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía Infantil
AUTOR	Alarcón Gayosa Sebastián (1)
CO-AUTORES	Carter Álvarez Javiera (2), Peñailillo Valdés Rocío (3), Pool Muñoz Hugo (4)
AFILIACIÓN	(1),(2),(3),(4) Médico en Etapa de Destinación y Formación (EDF) Cesfam Bahía Mansa, San Juan de la Costa, Provincia de Osorno, Región de Los Lagos.
INTRODUCCIÓN	El síndrome hemolítico urémico (SHU) se presenta con anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda (IRA). Tiene una incidencia de 3,4 por 100.000 niños menores de 15 años, siendo más frecuente en menores de 3 años.El SHU típico,

es causado por la infección por *Escherichia coli* productora de la toxina Shiga asociado a síntomas gastrointestinales, la cual se encuentra en alimentos o aguas contaminadas. Este síndrome tiene una elevada morbilidad debido a las complicaciones renales como hipertensión, insuficiencia renal crónica e incluso la muerte. Por lo que el objetivo es analizar la sintomatología y evolución, resaltando el diagnóstico precoz y los desafíos de la atención en zonas rurales para evitar así, secuelas a largo plazo.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 3 años que consultó al servicio de urgencia rural tras cuatro días de deposiciones diarreicas sin elementos patológicos. El último día mostró disminución de la diuresis y edema bipalpebral. Se destacó como factor de riesgo su exposición en zonas rurales, debido al contacto con heces de animales en el campo. Al examen físico se observó petequias en tronco y extremidades. Se derivó a un centro de mayor complejidad, donde se realizó laboratorio, que destacó Glóbulos blancos $8,7 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hemoglobina 8.0 g/dL, Bilirrubina total 2.552 mg/dL y directa de 0.76 mg/dL, plaquetas $17 \times 10^3/\mu\text{L}$, Crea 0.78mg/dl, TFG 49ml/min. Se hospitalizó en UCI, se manejó con hidratación y transfusión de una unidad de glóbulos rojos, sin requerir diálisis, evolucionó favorablemente.			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso concuerda con lo descrito en la literatura médica sobre SHU, aunque resalta una limitación relevante: la dificultad de acceso al diagnóstico en contextos rurales. Además, se evidencia una brecha en la literatura sobre incidencia y factores de riesgo en zonas rurales, lo que sugiere la necesidad de futuras investigaciones para mejorar la detección temprana y el abordaje clínico en estos entornos.			
PALABRAS CLAVE	Hemólisis, Insuficiencia Renal, Síndrome Hemolítico-Urémico			
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	CASO	TÍPICO DE ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE NO DIAGNOSTICADA EN MÁS DE 5 AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA:	
CLASE	Caso clínico (CC)			
CATEGORÍA	Especialidades			
AUTOR	Soto Rodríguez Andrés (1)			
CO-AUTORES	Aguilera	Astorga	Francisco	(2),
	Muñoz	Palacios	Claudia	(3),
	Salas Saavedra Cristobal			(4)

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Armando Williams [Cauquenes] (2) Médico General de Zona, CECOSF Meulin, [Achao] (3) Médico Cirujano, CESFAM Dr. Marcelo Lopetegui, [Osorno] (4) Médico Cirujano, CESFAM Limache Viejo [Limache]
INTRODUCCIÓN	La alopecia fibrosante frontal (AFF) es una alopecia cicatricial que se manifiesta con recesión simétrica de la línea de implantación frontal, sin miniaturización folicular. Predomina en mujeres postmenopáusicas y puede pasar desapercibida por desconocimiento entre el personal de salud no especializado. Su presentación puede confundirse con alopecias no cicatriciales o atribuirse erróneamente al envejecimiento. Presentamos un caso con clínica clásica, no diagnosticado durante cinco años, con secuelas estéticas permanentes.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 71 años, antecedentes de hipotiroidismo, dislipidemia, infarto agudo al miocardio e hipertensión arterial, consulta por pérdida progresiva de cabello de más de cinco años de evolución, iniciada en región frontal. Al examen se observa alopecia en banda frontal con pérdida completa del cabello, salvo escasos folículos únicos sin miniaturización. La zona afecta áreas más allá del bregma, acercándose al vértex. Se conserva la densidad capilar occipital y las cejas. Destacan venas frontales visibles de calibre aumentado. Sin acceso a tricoscopia. Se sube el caso a teledermatología con sospecha de AFF, confirmada luego por biopsia.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La AFF tiene características clínicas distintivas. Este caso muestra cómo el desconocimiento puede retrasar el diagnóstico. Es necesario fortalecer la formación en alopecias cicatriciales en atención primaria para mejorar la pesquisa precoz y evitar secuelas.
PALABRAS CLAVE	Alopecia, Alopecia Cicatrisata, Atención Primaria de Salud, Diagnóstico Precoz
TÍTULO DEL TRABAJO	CÁNCER DE PULMÓN: DESCRIPCIÓN SOCIO-EPIDEMIOLÓGICA EN CHILE, ENTRE LOS AÑOS 2020 Y 2023.
CLASE	Trabajo de Investigación
CATEGORÍA	Salud Pública
AUTOR	Cortez Contreras Berardo (1)

CO-AUTORES

AFILIACIÓN (1) Médico/a General de Zona, CESFAM Dr. Jorge Ahumada, Santa María

INTRODUCCIÓN El cáncer pulmonar (CP) es la principal causa de muerte por neoplasia a nivel mundial, también en Chile. Datos del 2019 lo posicionaron como causante del 3,5% de las defunciones de nuestro país. El tabaquismo es el principal factor de riesgo, asociado al sexo por ejemplo, mujeres fumadoras presentan 19 veces más probabilidades de desarrollar CP, comparado con mujeres no fumadores. Dada su prevalencia y asociación a factores modificables, es que se vuelve imprescindible generar análisis descriptivos que permitan establecer grupos objetivos de estrategias de prevención.

MATERIALES Y MÉTODOS Estudio descriptivo. Se analizaron datos de egresos hospitalarios de pacientes con CP periodo 2020-2023 en Chile según: género, nacionalidad, edad, región de residencia, condición de egreso, otros. La información fue obtenida desde el Departamento de Estadísticas e Información en Salud y tabulada en Microsoft Excel®. Para el análisis estadístico se utilizaron frecuencias absolutas, relativas y porcentajes. No se requirió autorización de un comité de ética.

RESULTADOS Se analizaron datos de 11280 pacientes con CP, mayoría hombres (53%), chilenos (98,2%), edad entre 65-79 años (52,17%), previsión FONASA (71,2%), de la región metropolitana (49%), atendidos en servicio público (59,6%), con una estadía hospitalaria promedio de 10 días. Se estimó una tasa de letalidad en 16,9%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN Tal como se describe la literatura, ministerio de salud y el observatorio global del cáncer, el CP afecta mayoritariamente a hombres, sobre los 65 años, con alta tasa de mortalidad. Visualizándose un aumento progresivo en los años estudiados, a pesar de las estrategias preventivas, basadas principalmente en desincentivar el tabaquismo. Si bien datos públicos determinaron una reducción del hábito tabáquico, no se ha visto una reducción del CP. Lo que pudiera explicarse por la exposición previa al tabaquismo, no obstante, es necesario implementar estudios que permitan evaluar otros factores cuya prevención sea menos promovida.

PALABRAS CLAVE Cáncer de Pulmón, Epidemiología, Tabaquismo.

TÍTULO DEL TRABAJO ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A DIVERTÍCULO ILEAL, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN PRÁCTICA CLÍNICA:

CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	C) Pediatría y Cirugía Infantil
AUTOR	Guzmán Maira Felipe (1)
CO-AUTORES	Rivas Muñoz Martín (1) González Torres Valentina (1) Prado Saavedra Valentina (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Provincial Rafael Avaria Valenzuela, Curanilahue.
INTRODUCCIÓN	El Divertículo Ileal o de Meckel (DM) es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, con una incidencia de 2 a 4%. La perforación secundaria a un DM, ocurre producto de una ulceración en la mucosa heterotópica, ya sea gástrica o pancreática, por la secreción ácida o alcalina. Requiere tratamiento quirúrgico, con resección del divertículo y/o segmento de íleon enfermo. Puede tener riesgo vital, por lo que una sospecha precoz optimiza el manejo quirúrgico oportuno.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Lactante masculino de 7 meses, fue llevado a urgencias de un centro de atención terciaria por cuadro de 1 día de evolución, consistente en irritabilidad, vómitos alimentarios y fiebre. Al examen físico se encontró taquicárdico, normotenso, abdomen globuloso, depresible, sensible, resistencia muscular voluntaria, sin visceromegalias, ruidos hidroaéreos presentes. El laboratorio evidenció proteína C reactiva elevada, hemograma sin leucocitosis, con predominio polimorfonuclear. Examen de orina descartó infección urinaria. La radiografía de tórax constató neumoperitoneo. Por sospecha de perforación intestinal, se deriva a centro de referencia, donde se realizó laparotomía exploradora y se extrajo abundante líquido purulento desde la cavidad peritoneal secundario a DM perforado en íleon distal, a 30 centímetros de la válvula ileocecal. Se realizó resección del DM en bloque con anastomosis término-terminal, con el resto del intestino indemne. Se realizó laparotomía contenida, con evolución favorable e indemnidad de sutura a las 48 horas.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	De todos los casos de DM, tan solo un 2% presenta complicaciones, de las cuales, generalmente debutan con hemorragia digestiva u obstrucción intestinal. La perforación intestinal secundaria a DM es muy infrecuente (<1%), pero puede conllevar gran morbilidad, mortalidad,

por lo que demanda un alto índice de sospecha y consideración en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo en pediatría.

PALABRAS CLAVE	Abdomen Agudo, Divertículo Ileal, Pediatría.
TÍTULO DEL TRABAJO	ELEFANTIASIS VERRUCOSA NOSTRA, MANIFESTACIÓN CUTÁNEA DE UNA DESCOMPENSACIÓN MULTISISTÉMICA:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Dermatología)
AUTOR	Vera Johnson Catalina (1)
CO-AUTORES	Silva López María Fernanda (2), Castro Galaz Sebastián (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Alberto Bachelet Martínez, Santiago (2) Médica General de Zona, CECOSF Los Libertadores, Santiago (3) Médico General de Zona, Hospital Familiar y Comunitario de Lanco, Lanco
INTRODUCCIÓN	La elefantiasis verrucosa nostra (EVN) corresponde al grado más severo del linfedema obstructivo crónico. Es una manifestación cutánea infrecuente, caracterizada por una hipertrofia desfigurante de la piel, con cambios epidérmicos y dérmicos severos, fibrosis, lesiones hiperqueratósicas, verrucosas, papilomatosas y nodulares, que adoptan una apariencia similar a un empedrado. Varios factores pueden provocar obstrucción linfática y desencadenar EVN, entre ellos neoplasias compresivas, radioterapia, insuficiencia cardíaca congestiva, obesidad, hipotiroidismo y estasis venosa crónica. El tratamiento depende de la causa y severidad, y puede ser médico o quirúrgico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia venosa crónica y obesidad, con mal control metabólico. Hace un año inició con edema progresivo en extremidades inferiores, acompañado de úlceras venosas. Seis meses después, aparecieron lesiones papilomatosas y verrucosas en el dorso del pie derecho, con deformidad. Al examen físico se observó edema infrarrotuliano bilateral y múltiples pápulas confluentes de consistencia firme en el dorso del pie derecho. Por teledermatología se confirmó EVN, derivándose a nivel secundario para manejo con drenaje linfático y venoso, y evaluación por cirugía

vascular. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación del caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La EVN representa una manifestación terminal del linfedema crónico, primario o secundario. Afecta comúnmente extremidades inferiores de forma distal. El diagnóstico es clínico e histológico, excluyendo procesos malignos. Estudios de imagen permiten evaluar la obstrucción y tejidos blandos. En este caso, la EVN fue secundaria a patologías crónicas descompensadas que perpetuaron el linfedema. No existe tratamiento curativo; el enfoque debe ser multidisciplinario, corrigiendo comorbilidades y aplicando terapia compresiva. La cirugía se reserva para casos severos sin respuesta, por su alta tasa de complicaciones y riesgo de recidiva.
PALABRAS CLAVE	Edema, Elefantiasis, Linfedema
TÍTULO DEL TRABAJO	NEUMOTÓRAX PRIMARIO EN PACIENTE TABÁQUICO: REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Abarca Romero Pablo Salvador (1)
CO-AUTORES	Contreras Calderón Nicolás Alejandro (1), Latuz Piña Paulo Sebastián (1), Tobar Quinteros Bernardo Jesús (1).
AFILIACIÓN	(1)Médico General de Zona, Hospital de Marchigüe, Marchigüe
INTRODUCCIÓN	El neumotórax primario (NP) corresponde al colapso pulmonar espontáneo sin enfermedad subyacente, predominando en adultos jóvenes fumadores. En Chile, su incidencia es 7-18/100.000/año. Clínicamente, se manifiesta con dolor torácico agudo y disnea, confirmado por radiografía o Tomografía Computarizada (TC) de tórax. El manejo incluye observación, drenaje pleural o cirugía según gravedad. El objetivo de este trabajo es resaltar la relevancia del diagnóstico rápido y manejo oportuno para optimizar pronósticos, contextualizando su abordaje en Chile.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 30 años, fumador activo (IPA 9 paquetes/año), sin antecedentes patológicos, presentó dolor torácico izquierdo pleurítico (EVA 9/10) irradiado a hemitórax derecho, de inicio súbito al levantarse, sin traumatismo. Evolucionó con dolor focalizado en hemitórax izquierdo, tos seca y disnea leve, sin fiebre u otros síntomas

sistémicos. En urgencias, el examen físico mostró disminución del murmullo pulmonar izquierdo y saturación de 93% ambiental. La TC sin contraste reveló neumotórax izquierdo extenso (80%) con bullas apicales, sin derrame pleural ni lesiones traumáticas. Bajo anestesia local y analgesia endovenosa, se realizó pleurostomía izquierda, con salida de aire a trampa de agua sin complicaciones. El paciente evolucionó favorablemente: analgesia controlada, sin requerimiento de oxígeno, kinesioterapia respiratoria y clampeo exitoso de la trampa a las 72h (retirada a las 96h). La TC de control evidenció reexpansión pulmonar completa y bullas residuales ≤ 1 cm. Recibió alta a los 5 días de hospitalización, en buenas condiciones generales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso confirma el perfil clínico típico del NP: adulto joven fumador con bullas apicales. El diagnóstico temprano mediante TC permitió identificar el neumotórax extenso, requiriendo pleurostomía inmediata. La evolución favorable resalta la eficacia del manejo oportuno. Sin embargo, la persistencia de bullas sugiere riesgo de recurrencia, enfatizando la necesidad de seguimiento y cesación tabáquica. Este caso refuerza que el reconocimiento rápido y tratamiento inicial son clave para minimizar complicaciones en el contexto local.		
PALABRAS CLAVE	Neumotórax, tabaquismo, dolor torácico.		
TÍTULO DEL TRABAJO	OSTEOPOROSIS: UNA CONOCIDA, PERO PELIGROSA Y SILENCIOSA ENEMIGA QUE NOS ACECHA Y HEMOS OLVIDADO, REPORTE DE CASO:		
CLASE	(a) Medicina Familiar		
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)		
AUTOR	Agurto Sáez Mariana (1)		
CO-AUTORES	Verdugo Cuevas	Muñoz Pincheira	Karolan Valentina (2) (1)
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, Hospital Santa Isabel de Lebu, Lebu, Chile. (2) Médica General de Zona, CESFAM Dr. Leyton A, Peralillo, Chile.		
INTRODUCCIÓN	En Chile la osteoporosis tiene una prevalencia del 22%, mayormente en mujeres posmenopáusicas, presenta periodo asintomático largo y con complicaciones tardías como las fracturas osteoporóticas. La		

osteoporosis es subestimada y no planteada de inicio como diagnóstico diferencial, se conoce el tratamiento, pero no se previene activamente. A continuación el caso de una paciente que refleja lo expuesto anteriormente.

PRESENTACIÓN DEL CASO Mujer 74 años, autovalente, con antecedentes de hipertensión, enfisema pulmonar y tabaquismo suspendido, consulta en policlínico por intenso dolor punzante en dorso de tres días de evolución, aumenta con esfuerzo y disminuye con reposo, asociado a síntomas catarrales, mialgias y tos leve que aumenta la dorsalgia, sin fiebre, y con mala respuesta a analgesia. Se sospecha bronquitis viral que exacerba su patología respiratoria, se indica manejo sintomático con inhaladores de rescate, corticoides, opioides y control en 48 horas. Acude a urgencias, sin mejoría clínica y con persistencia de la tos, se indica radiografía de tórax anteroposterior que evidencia aumento de trama intersticial inespecífica, se agregan antibióticos por infección bacteriana atípica y se cita nuevamente a control en 48 horas. Al persistir dolor, pero tos en disminución, se suspende antibioticoterapia y aumenta analgesia. Un mes después, mantiene dorsalgia, acude a control con broncopulmonar de rutina, quien solicita resonancia nuclear magnética de columna que informa fracturas osteoporóticas múltiples. Se deriva a traumatólogo en columna quien indica manejo conservador con ortesis.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La osteoporosis debe tener alta sospecha diagnóstica en todos los niveles de atención, especialmente en mujeres con factores de riesgo. Determinar el diagnóstico y sus complicaciones se simplifica con la radiografía en dos proyecciones, imagen muy accesible actualmente, el retraso en estos puede tener consecuencias graves en el paciente. Por último se deben evitar los fármacos potencialmente inapropiados en personas mayores, como los opioides, especialmente si los beneficios no superan los riesgos.

PALABRAS CLAVE Dorsalgia, Opioides, Osteoporosis.

TÍTULO DEL TRABAJO SÍNDROME DE CHILADITI COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE VÍSCERA HUECA PERFORADA:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA d) Cirugía

AUTOR Astete Bórquez Carlos (1)

CO-AUTORES	Romero Chaparro Francisco (1), Álvarez Orellana Álvaro (1), Ibarra Calisto Claudia (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Familiar y Comunitario de Nacimiento, (2) Médico General, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles
INTRODUCCIÓN	El síndrome de Chilaiditi es una manifestación clínica rara en la que los signos de abdomen agudo o de obstrucción intestinal son provocados por la interposición del intestino entre el hígado y el diafragma. Los síntomas más comunes son gastrointestinales (como dolor abdominal, náuseas, vómitos y estreñimiento), seguidos de dificultad respiratoria y, con menor frecuencia, dolor torácico. En casos poco frecuentes, se puede observar una combinación de estos síntomas. Se presenta un caso de síndrome de Chilaiditi con sintomatología florida pero inespecífica, manejado en atención primaria de salud, mostrando la importancia de correlacionar clínica e imágenes para su correcto diagnóstico y evitar confundirlo con diferenciales.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino, 83 años, con antecedentes de cirrosis hepática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial, consultó en servicio urgencias atención primaria por cuadro de cinco días de evolución, caracterizado por dolor abdominal, constipación y tos distinta a la habitual, al examen físico destacó abdomen distendido, doloroso de forma difusa y sibilancias mayores en hemitórax derecho. Exámenes de laboratorio sin hallazgos significativos. Se solicitó radiografía de tórax evidenciando infiltrado intersticial e imagen hipocogénica subdiafragmática. Se presentó el caso a equipo de cirugía de hospital terciario, quienes diagnostican síndrome de Chilaiditi. Se decidió ingreso hospitalario para manejo con procinéticos y sintomático. Paciente con evolución favorable. Toda información expuesta fue autorizada por paciente.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El signo de Chilaiditi describe un fenómeno radiológico hallado incidentalmente, caracterizado por la interposición del intestino a nivel hemidiafragmático. Este hallazgo puede ser confundido con neumoperitoneo. En el caso expuesto, se resalta la importancia de la correlación clínica y de los estudios de imagen para optimizar la derivación de pacientes a centros de mayor complejidad, evitando exámenes y procedimientos innecesarios que, en casos extremos, podrían derivar en una intervención quirúrgica.

PALABRAS CLAVE	Dolor Abdominal, Neumoperitoneo, Radiografía Abdominal
TÍTULO DEL TRABAJO	REPORTE DE EFECTO ADVERSO DE RISPERIDONA SOBRE LA SECRECIÓN MAMARIA EN PACIENTE PEDIÁTRICA:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Psiquiatría, entre otros)
AUTOR	Estay Pérez Sebastián (1)
CO-AUTORES	Apablaza Rohland Francisca (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, Departamento de Salud Municipal (DESAM) Vicuña, Vicuña. (2) Médica EDF, Centro de Salud Familiar (CESFAM) Los Álamos, Los Álamos.
INTRODUCCIÓN	El presente caso clínico analiza el efecto adverso inducido por la risperidona en una paciente pediátrica con antecedentes de trastorno del espectro autista (TEA), discapacidad intelectual leve, trastorno específico del lenguaje (TEL) y hemiparesia derecha leve, diagnósticos confirmados por especialista. Se evaluó la relación temporal y clínica entre el inicio del tratamiento y la aparición de secreción mamaria, buscando evidenciar un posible episodio de hiperprolactinemia inducida por la medicación.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se trata de una niña de 10 años que inició tratamiento con risperidona 1 mg cada noche el 7 de febrero de 2025, para el manejo de problemas conductuales (faltas de respeto a la autoridad y conductas agresivas). El 28 de febrero de 2025, la madre observó secreción mamaria bilateral de carácter transparente; en el servicio de urgencias se constató secreción serosa en la mama izquierda, sin hallazgos físicos adicionales. Se solicitaron exámenes generales (hemograma, perfil lipídico, hepático, tiroideo, glicemia, función renal, electrolitos y pruebas de coagulación), todos con resultados normales. Ante la persistencia del síntoma en control de marzo de 2025 y la coincidencia cronológica, se optó por suspender progresivamente la risperidona. En el control de abril de 2025 se verificó la resolución de la secreción, sugiriendo la implicación del fármaco. Durante el proceso se obtuvo el consentimiento informado y se cumplieron las consideraciones éticas.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La evolución del caso respalda la hipótesis de hiperprolactinemia inducida por la risperidona, resaltando la importancia de vigilar los efectos adversos de antipsicóticos en población pediátrica. La limitada

disponibilidad de exámenes hormonales en atención primaria destaca la necesidad de coordinación con nivel secundario para confirmar hallazgos y descartar diagnósticos diferenciales. Este caso aporta evidencia para reforzar medidas de seguridad y optimización del manejo terapéutico en la práctica clínica en paciente pediátricos que utilizan antipsicóticos.

PALABRAS CLAVE	Antipsicóticos, Hiperprolactinemia, Risperidona
TÍTULO DEL TRABAJO	PRESENTACIÓN DE PSICOSIS AGUDA EN ADOLESCENTE CON ANTECEDENTE DE CRISIS EMOCIONAL:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Psiquiatría, entre otros)
AUTOR	Estay Pérez Sebastián (1)
CO-AUTORES	Apablaza Rohland Francisca (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, Departamento de Salud Municipal (DESAM) Vicuña, Vicuña. (2) Médica EDF, Centro de Salud Familiar (CESFAM) Los Álamos, Los Álamos.
INTRODUCCIÓN	Los trastornos psicóticos de inicio súbito en adolescentes son un desafío, al compartir síntomas con crisis de pánico, consumo de sustancias y esquizofrenia. Se presenta el caso de adolescente de 17 años sin antecedentes psiquiátricos ni consumo de sustancias, quien desarrolló sintomatología disociativa y pseudoalucinatoria en el contexto de enfermedad de hermano (cáncer testicular). El objetivo es mostrar la importancia de una evaluación integral —incluyendo historia familiar, examen mental y descarte de causa orgánica— para orientar el diagnóstico y manejo apropiado en atención primaria y secundaria.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 17 años, sin antecedentes mórbidos previos, consultó por crisis de pánico y síntomas disociativos en contexto de diagnóstico de cáncer testicular de hermano. Se descartó causa orgánica y se manejó como trastorno de pánico. Presentó mala evolución pese a tratamiento con ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y antipsicóticos atípicos; manteniendo episodios de agitación psicomotora, alucinaciones visuales y auditivas. Fue hospitalizado por indicación de psiquiatra de turno con

diagnóstico de psicosis aguda, manejado con haloperidol con buena respuesta.

Se realiza consultoría psiquiátrica infantojuvenil, donde se descartó esquizofrenia y se concluyó que se trataba de alucinaciones catatímicas en contexto de enfermedad de hermano. Se mantuvo risperidona 0,5 mg y seguimiento en atención primaria de salud (APS) con buena evolución. Se obtuvo consentimiento informado de familia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La aparición de fenómenos psicóticos en el adolescente no siempre corresponde a esquizofrenia o consumo de sustancias. La identificación del elemento estresor —el diagnóstico de hermano— guiaron la interpretación de las pseudoalucinaciones y evitaron un diagnóstico prematuro. El manejo con dosis moderadas de antipsicóticos y apoyo psicológico en APS permitió resolución sintomática sin sobrediagnosticar un trastorno crónico.

Se destaca la importancia de:

- Descartar causas orgánicas y tóxicas,
- Incorporar evaluación por equipo de psiquiatría infantojuvenil para un mejor diagnóstico diferencial.

PALABRAS CLAVE Adolescentes, Trastorno psicótico breve, Trastornos psicóticos

TÍTULO DEL TRABAJO EPILEPSIA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB: PRESENTACIÓN DE UN CASO:

CLASE CASO CLÍNICO (CC)

CATEGORÍA G) NEUROLOGÍA

AUTOR ORTIZ LARA OSCAR (1)

CO-AUTORES DE OLIVERA GARDELLA RODRIGO (2), MOREL GOMEZ PATRICIO (1), DONOSO ARAYA JOAQUÍN (3)

AFLACÓN (1) MGZ HOSPITAL SAN AGUSTÍN DE LA LIGUA (2) MGZ HOSPITAL LA CALERA
(3) HOSPITAL DE QUILPUÉ

INTRODUCCIÓN La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una encefalopatía espongiforme transmisible, de evolución rápidamente progresiva, que presenta un desafío diagnóstico importante debido a su baja prevalencia y presentación clínica heterogénea. El caso

descrito permite revisar el proceso de estudio de una encefalopatía rápidamente progresiva con epilepsia como manifestación inicial, en un entorno hospitalario de nivel secundario, destacando la dificultad diagnóstica y la toma de decisiones terapéuticas complejas en contexto de escasa respuesta clínica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, presentó inicio abrupto de cambios conductuales, caracterizados por irritabilidad, desorientación espacial y agnosia de familiares, seguido de una crisis tónico-clónica generalizada. Evolucionó con desconexión progresiva del medio, disartria, incontinencia de esfínteres y convulsiones recurrentes y refractarias a manejo farmacológico. Inicialmente presentó compromiso cualitativo de conciencia, lenguaje incoherente, comprensión básica conservada y sin focalidad motora evidente. Posteriormente, el paciente presentó deterioro a sopor profundo, lenguaje ininteligible, hipertonía en extremidades superiores y reflejos osteotendinosos disminuidos. Los estudios diagnósticos incluyeron: electroencefalograma con actividad epileptiforme generalizada y status epiléptico no convulsivo focal derecho, punción lumbar no inflamatoria y sin microorganismos, y panel autoinmune y paraneoplásico en LCR negativo. La resonancia magnética cerebral evidenció realce cortical bilateral, hiperintensidad en núcleos caudados, putámenes y tálamos, con restricción a la difusión, hallazgos sugerentes de cambios postictales, encefalitis autoinmune o ECJ. Dado el cuadro clínico y los hallazgos imagenológicos y electroencefalográficos, se estableció el diagnóstico de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

DISCUSIÓN CONCLUSIONES

Y La ECJ debe considerarse en pacientes con encefalopatía de evolución rápida y refractaria a tratamiento, especialmente ante hallazgos imagenológicos y EEG sugerentes. Este caso destaca la necesidad de un enfoque multidisciplinario y la importancia del diagnóstico temprano, aportando al conocimiento clínico sobre patologías neurológicas de baja frecuencia.

PALABRAS CLAVE	Creutzfeldt-Jakob, Demencia, Epilepsia,
TÍTULO DEL TRABAJO	CÁNCER TESTICULAR, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A CONSIDERAR ANTE EL HALLAZGO DE LACTATO DESHIDROGENASA ELEVADA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Urología)
AUTOR	Calderón Castillo Miguel (1)
CO-AUTORES	Almonacid Gómez Camila (1), Cortés Gallardo Adán (1), Lagunas Pizarro Maximiliano (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Puerto Octay, Puerto Octay, Chile. (2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Angelmó, Puerto Montt, Chile.
INTRODUCCIÓN	El cáncer testicular es un cáncer poco frecuente, pero representa el tumor sólido maligno más común en hombres jóvenes. Su detección precoz es fundamental para un mejor pronóstico. La elevación de lactato deshidrogenasa (LDH) puede ser un hallazgo inespecífico, pero debe considerarse dentro del contexto clínico adecuado.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 37 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por dolor abdominal periumbilical cólico de 3 semanas, irradiado a fosa ilíaca derecha y región costo-lumbar ipsilateral, acompañado de náuseas, vómitos intermitentes y diarrea sin elementos patológicos. Se sospecha inicialmente litiasis urinaria, posteriormente infección urinaria, ambas sin confirmación ni respuesta al tratamiento. En nueva consulta, persiste sintomatología digestiva, sin fiebre ni signos de irritación peritoneal. Se decide toma de exámenes que destacan LDH marcadamente elevada (1292 U/L), con parámetros inflamatorios levemente alterados, hemograma sin anemia ni leucocitosis significativa y orina completa no inflamatoria. Por hallazgo de LDH elevada en contexto de cuadro gastrointestinal larvado, se deriva a centro de mayor complejidad, donde un escáner de abdomen y pelvis revela tumor testicular sólido con masa retroperitoneal que rodea la aorta abdominal y nódulos pulmonares. Se diagnostica cáncer testicular metastásico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso destaca la relevancia de considerar causas oncológicas ante una LDH elevada sin explicación evidente, especialmente en hombres jóvenes sanos, el cual puede presentarse con cuadros inespecíficos. El autoexamen testicular y la exploración física dirigida son claves en la pesquisa precoz. El caso aporta valor clínico al evidenciar cómo un hallazgo aislado en laboratorio puede guiar al diagnóstico de una patología oncológica avanzada, destacando la importancia del juicio clínico amplio en la evaluación inicial.
PALABRAS CLAVE	Neoplasias Testiculares, L-Lactato Deshidrogenasa, Detección Precoz del Cáncer.
TÍTULO DEL TRABAJO	CISTITIS ENFISEMATOSA, UNA RARA PRESENTACIÓN DE INFECCIÓN URINARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades
AUTOR	(1) Almonacid Gómez Camila
CO-AUTORES	(2) Cortés Gallardo Adán (3) Calderón Castillo Miguel
AFILIACIÓN	(1) , (2) y (3) Médico General de zona, Hospital de Puerto Octay, Puerto Octay
INTRODUCCIÓN	La cistitis enfisematosa es una presentación rara y potencialmente mortal de una infección urinaria (ITU) complicada, se presenta mayormente con factores de riesgo como Diabetes mellitus (DM), inmunosupresión y obstrucción de la salida uretral. Su presentación clínica varía desde síntomas típicos de cistitis hasta sepsis y su diagnóstico se realiza principalmente con imágenes que permiten visualizar la presencia de líquido y gas vesical. Presentamos este caso clínico con el objetivo de dar a conocer la patología y la importancia de su pesquisa para la mejoría del paciente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 62 años con antecedentes de ITU a repetición y DM tipo 2 con cuadro de dolor abdominal inespecífico, sensación febril de 1 semana, orinas turbias y espumosas. Al examen físico se muestra taquicárdico y deshidratado. Exámenes destacan elevación de parámetros inflamatorios, anemia severa, falla renal aguda y sedimento de orina patológico. Ante la sospecha de ITU complicada se deriva a centro de mayor complejidad para toma de Pielo tomografía computada que informa vejiga de paredes discretamente engrosadas de manera difusa y gas parietal. Se decide instalación de sonda Foley y

tratamiento antibiótico con Imipenem por antecedente de ITU reciente con resistencia antibiótica, que se ajusta posteriormente a Ceftriaxona por urocultivo y hemocultivo positivos a *Escherichia coli* multisensible. Junto con tratamiento de hiperglicemias, antibioticoterapia y volemización, logra una buena evolución y alta. Posteriormente se realiza toma de consentimiento informado del paciente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso resalta la capacidad diagnóstica clínica en un entorno sin acceso a tomografía, guiada por factores de riesgo y síntomas sutiles, lo que permitió un tratamiento oportuno. Destacamos su relevancia en un contexto rural, común en muchos centros del país, donde las limitaciones diagnósticas exigen un alto juicio clínico para iniciar precozmente el tratamiento y así prevenir complicaciones graves e incluso ominosas.

PALABRAS CLAVE Cistitis, Diabetes mellitus, Dolor abdominal.

TÍTULO DEL TRABAJO DEMENCIA PRECOZ EN ADULTO MAYOR CON NEUROSIFILIS SECUELADO, REPORTE DE UN CASO:

CLASE G) Neurología

CATEGORÍA Caso clínico (CC)

AUTOR Barra Rodríguez Francisca (1)

CO-AUTORES Esperguen Núñez Josefa (2), Cifuentes Villalobos Antonia (1)

AFILIACIÓN (1)Médico General de Zona, Hospital San Juan de Dios de Vicuña, Vicuña (2)Médico General de Zona, Departamento de Salud Municipal de Vicuña, Vicuña

INTRODUCCIÓN El diagnóstico de demencia es de alta prevalencia, especialmente en adultos mayores. Como enfermedad crónica ha generado un aumento en la necesidad de diagnóstico, tratamiento y seguimiento por equipos multidisciplinarios. El diagnóstico en edades tempranas o en estadios tardíos genera una gran carga en los equipos de salud y cuidadores, dado la alta dependencia asociada. La pesquisa precoz de factores de riesgo y etiologías tratables como las enfermedades de transmisión sexual (ETS) es esencial en entregar un tratamiento específico que puede incidir en una mejor evolución y una menor pérdida de funcionalidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 65 años en situación de calle, ingresa al Servicio de Urgencias del Hospital de Coquimbo (HSP) por agresión de terceros. Se descarta traumatismo encefalocraneano con imagen. El paciente mantiene desorientación y trastorno de lenguaje, sin entregar mayor anamnesis. Un familiar entrega antecedente de consumo crónico de alcohol. Evaluado por neurología se sospecha liberación frontal, ampliando estudio con panel ETS, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) positivo. Se confirma diagnóstico con test treponémico y punción lumbar. Se complementa con resonancia magnética de cerebro donde se detalla diagnóstico de leucoencefalopatía crónica del adulto de predominio bifrontal con compromiso de polos temporales y fenómenos involutivos encefálicos difusos mayor de lo esperado para su edad. Se inicia tratamiento de sífilis latente tardío y neurosífilis con tres dosis de penicilina benzatina asociado a diez dosis de penicilina sódica. Paralelamente, se mantiene con rehabilitación por equipo multidisciplinario, dado de alta con dependencia funcional leve por escala de Barthel, manteniendo episodios de desorientación y trastorno de habla leve-moderado. Se presenta el caso con consentimiento informado de familiar representante.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La pesquisa y tratamiento precoz de ETS como sífilis es fundamental en la prevención de comorbilidad futura asociado a estas, aplicable en todo grupo etario, pero especialmente en grupos de alto riesgo social.
PALABRAS CLAVE	Demencia precoz, Neurosífilis, Rehabilitación multidisciplinaria
TÍTULO DEL TRABAJO	MANOS QUE HABLAN: DIAGNÓSTICO DE ESCLERODERMIA EN UN APRETÓN:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Dermatología)
AUTOR	Briones Miranda Camila (1)
CO-AUTORES	Salinas Pizarro Javiera (1), Conforme Macías Karen (2), Corvalán Díaz Carlos (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Chileno Japonés de Hualañé, Hualañé (2) Médico Cirujano, Hospital Chileno Japonés de Hualañé, Hualañé (3) Estudiante de Medicina, 5to año, Universidad de Talca, Talca.

INTRODUCCIÓN	La esclerodermia sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune del tejido conectivo (EATC), rara y de evolución progresiva, caracterizada por fibrosis cutánea y visceral. Su diagnóstico precoz es fundamental para mejorar el pronóstico y prevenir complicaciones. Este caso busca destacar la importancia del médico general en la sospecha y estudio inicial de patologías dermatológicas, para lograr un diagnóstico precoz y manejo oportuno por especialidad.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 56 años con antecedentes de diabetes mellitus, ruralidad. En control cardiovascular, médico nota incidentalmente al saludarlo engrosamiento marcado de piel de manos. En anamnesis dirigida, refiere 8 meses de evolución de engrosamiento progresivo de la piel de manos, con dificultad para empuñar y sostener objetos pesados. No había consultado antes, atribuyendo los síntomas a trabajar en construcción. Niega síntomas sistémicos como disfagia, tos, artralgias. El examen físico evidencia engrosamiento palmar, dactilitis y limitación en flexión de los dedos. Se sospecha esclerodermia. Se solicita estudio serológico inicial por extrasistema, priorizando anticuerpos antinucleares (ANA) y anti-Scl-70, dado limitación económica del paciente. Resulta ANA (+) 1/5120 con patrón nucleolar grumoso (AC-9), que está asociado a EATC, especialmente ES. El anticuerpo anti-Scl-70 resultó negativo. Se interconsulta a dermatología hospital digital (HD), donde indican derivar presencial. Realizaron capilaroscopia ungueal que resultó negativa. La principal hipótesis diagnóstica fue ES en etapa temprana.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Las grandes listas de espera en dermatología son una realidad nacional, pero HD ha mejorado la priorización y resolutiveidad. Es importante que los médicos generales sepan orientar el estudio inicial de patologías dermatológicas, inclusive con exámenes por extrasistema si el paciente tiene los recursos, ya que esto puede significar un acortamiento en tiempos de espera y recibir tratamiento precoz por nivel secundario. Gracias al estudio inicial compatible y HD, el paciente fue evaluado precozmente por dermatología presencial y rápidamente referido a reumatología, donde solicitaron exámenes faltantes e iniciaron manejo.
PALABRAS CLAVE	Dermatología, Esclerodermia Sistémica, Reumatología.

TÍTULO DEL TRABAJO	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA ANTE CUADRO CLÍNICO COMPATIBLE CON SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO VERSUS CATATONÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	Bustamante Hernández Juan (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Norman Voullieme, Santiago.
INTRODUCCIÓN	El síndrome neuroléptico maligno (SNM) y la catatonía comparten hallazgos como rigidez muscular, mutismo y alteración del sensorio, lo que dificulta el diagnóstico diferencial en fase aguda. El SNM, reacción a antagonistas dopaminérgicos, se manifiesta con hipertermia, disfunción autonómica y elevación de creatinfosfoquinasa, mientras que la catatonía, de origen multifactorial, cursa con estupor, negativismo, flexibilidad cérica y ausencia de disautonomía grave. La anamnesis farmacológica, el examen neurológico y los benzodiacepinas, permite confirmar catatonía y guiar el tratamiento. Presento un caso que ejemplifica este reto diagnóstico, con implicaciones pronósticas y terapéuticas específicas, requiriendo enfoque multidisciplinario.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 45 años con esquizofrenia paranoide, tratada con haloperidol y risperidona. Traída a urgencias por familiares, por rigidez extrapiramidal, mutismo, flexibilidad cérica, estereotipias, fiebre de 72 horas de evolución. La Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS) al ingreso fue 20/62, con puntuaciones máximas en mutismo, rigidez y flexibilidad cérica. Se realiza el test con lorazepam endovenoso para diferenciar catatonía de SNM; a los 10 minutos la BFCRS descendió a 12/62, confirmando catatonía moderada. Se internó en sala de medicina interna, destaca creatinfosfoquinasa 1200 U/L y leucocitosis de 13.000 mm ³ . Se instauró lorazepam 8 mg/día en dosis fraccionadas. A las 48 horas, la BFCRS era 4/62, con resolución de mutismo y rigidez parcial. Se inicia quetiapina 50 mg/dl a dosis mínimas, bajo seguimiento conjunto de psiquiatría. Para presentación de caso, paciente autoriza mediante consentimiento informado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El SNM versus catatonía, es un desafío diagnóstico. La BFCRS dentro del contexto clínico intrahospitalario constituye una excelente herramienta para cuantificar y monitorear los síntomas catatónicos, facilitando el diagnóstico, seguimiento y tratamiento. En este caso la respuesta clínica positiva, tras la administración de lorazepam, es un

hallazgo altamente sugestivo e indicativo de catatonía, descartando SNM como diagnóstico principal.

PALABRAS CLAVE	Catatonía, Esquizofrenia, Síndrome neuroléptico maligno.
TÍTULO DEL TRABAJO	HERNIA DE PETERSEN Y TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA COMO CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL TARDÍO EN UNA PACIENTE OPERADA DE BYPASS GÁSTRICO:
CLASE	Caso clínico (CC).
CATEGORÍA	d) Cirugía.
AUTOR	Pablo Urzúa Canales (1).
CO-AUTORES	Ángela Benavente Orrego (1), Katherine Albornoz Hormazábal (1), Erasmo Benavente Orrego (2).
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Licantén, Licantén. (2) Interno de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago.
INTRODUCCIÓN	La hernia de Petersen corresponde a la protrusión de asas intestinales a través del defecto entre el mesocolon transversal y el mesenterio yeyunal, constituye una complicación tardía en el 2-10% de los Bypass en Y de Roux, su tratamiento es quirúrgico. Por otro lado, la trombosis venosa mesentérica es una complicación grave que ocurre en el 0.3-1% de las cirugías bariátricas y su tratamiento consiste en la anticoagulación precoz o cirugía en casos de isquemia intestinal. La coexistencia de ambas complicaciones se encuentra escasamente descrita en la literatura.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina, 29 años, antecedente de Bypass gástrico en Y de Roux en enero 2024, consulta en servicio de urgencias en enero 2025 por cuadro de dolor abdominal generalizado tipo cólico, intenso, asociado a vómitos y diarrea, posterior a ingesta alimentaria. Se indica manejo analgésico endovenoso con antiinflamatorios y opioides con mala respuesta por lo que se decide estudio de laboratorio e imagenológico. En hemograma destaca una leucocitos en 17200 con desviación a izquierda. En angiotomografía abdominal se describen hallazgos sugerentes de trombosis venosa mesentérica asociado a posible isquemia mesentérica y moderada cantidad de líquido libre. A raíz de lo anterior se decide exploración laparoscópica con hallazgo de Hernia de Petersen con volvulación de asa intestinal, por lo que se

reduce y se realiza cierre de defecto. Paciente con buena evolución clínica y con tratamiento anticoagulante oral posterior.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso demuestra la importancia de ampliar el diagnóstico diferencial de dolor abdominal en pacientes sometidos a Bypass gástrico, considerando sus complicaciones de acuerdo al tiempo en el cual se desarrollan. Asimismo, recalca lo fundamental de considerar la coexistencia de más de una complicación, planteando un estudio adecuado y un tratamiento conjunto, como en el caso de ambas entidades involucradas en el cuadro descrito.
PALABRAS CLAVE	Angiografía por tomografía computarizada, Derivación yeyunoileal, Hernia interna, Trombosis de la vena.
TÍTULO DEL TRABAJO	PRESENTACIÓN ATÍPICA DE HIPEROSTOSIS FRONTAL INTERNA EVALUADA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS):
CLASE	CASO CLÍNICO - REPORTE DE CASO
CATEGORÍA	H) ESPECIALIDADES - NEUROCIRUGÍA
AUTOR	Prado Kittel Trinidad (1)
CO-AUTORES	Poblete Silva Juan (2), Gamboa Ramírez Liliana (3), Viejo Sottorff Daniela (4)
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, CESFAM Plaza Justicia, Valparaíso (2) Médico General de Zona, CESFAM Reina Isabel II, Valparaíso (3) Médica General de Zona, CESFAM Puertas Negras, Valparaíso (4) Médica General de Zona, CESFAM el Quisco, El Quisco
INTRODUCCIÓN	La hiperostosis frontal interna (HFI) es un crecimiento óseo excesivo de la tabla interna del hueso frontal del cráneo de carácter benigna. Es un hallazgo casual que se presenta con mayor frecuencia en mujeres postmenopáusicas y suele ser bilateral y simétrica. Se revisa literatura en base a caso de presentación atípica.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se realiza atención crónica en atención primaria de mujer de 53 años con antecedente de Lupus eritematoso sistémico y fibromialgia donde destacan cefaleas y dolor facial de mal manejo. Al examen se objetiva inflamación en articulación temporo-mandibular y gingivitis, por lo que se deriva a odontología quienes solicitan radiografía que presenta hallazgo de: Aumento de volumen óseo endocraneal en zona frontal de carácter heterogéneo, se sugiere complementar estudio. Se complementa estudio con TC de cráneo sin contraste que objetiva: hiperostosis de hueso frontal, sin significado patológico.

Se presenta caso a contralor quien contacta a equipo de Neurocirugía de Hospital Carlos Van Buren (HCVB), siendo revisado caso por especialidad quienes concluyen que efectivamente corresponde a presentación atípica pero de carácter benigno, siendo un hallazgo incidental en estudio imagenológico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La hiperostosis frontal es un hallazgo casual que se presenta con mayor frecuencia en mujeres postmenopáusicas y suele ser bilateral y simétrica, características que la usuaria no presentaba, constituyendo el presente caso una presentación atípica de esta condición benigna, siendo importante tenerla presente para evitar procedimientos y derivaciones a nivel secundario innecesarias.

PALABRAS CLAVE Hiperostosis - Cráneo - Cefalea

TÍTULO DEL TRABAJO INFLAMACIÓN SIN HUELLA TUMORAL, CASO DE POLISEROSITIS EN CONTEXTO DE REMISIÓN ONCOLÓGICA:

CLASE b) Medicina Interna

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR ZAMORA VERA JAVIERA (1)

CO-AUTORES MARZULLO SOTOMAYOR ISIDORA (1) BRAVO-IRACHET MARENGO BAKTHI (1) VERGARA SEPÚLVEDA IGNACIO (2)

AFILIACIÓN (1) Médica general de zona, CESFAM RECREO, San Miguel, Servicio de Salud Metropolitano Sur
(2) Interno de medicina, Universidad San Sebastián

INTRODUCCIÓN La poliserositis es una condición caracterizada por la inflamación simultánea de múltiples membranas serosas, como la pleura, el pericardio y el peritoneo. Puede estar asociada a etiologías neoplásicas, infecciosas y autoinmunes, sin embargo, en cerca de un tercio de los casos la causa permanece indeterminada.

PRESENTACIÓN DEL CASO Se presenta el caso de una paciente femenina de 46 años con antecedentes de cáncer de mama, tratado con quimioterapia, radioterapia, mastectomía radical izquierda con linfadenectomía y ooforectomía bilateral. No ha presentado recidiva tumoral en cuatro años y se encontraba en tratamiento con anastrozol y anticoagulación por antecedente de trombosis venosa periférica. Ingresó por cuadro

de tres días de evolución caracterizado por disnea progresiva, astenia, distensión abdominal leve y síntomas urinarios bajos. Durante la hospitalización, se identificó un cuadro de poliserositis, evidenciando derrame pleural bilateral, derrame pericárdico leve y ascitis leve. Además, se diagnosticó trombosis de la vena renal izquierda y cistitis de probable origen infeccioso. La tomografía por emisión de positrones (PET-CT), no mostró evidencia de recurrencia tumoral, metástasis ni signos de tromboembolismo pulmonar, infección activa o enfermedades autoinmunes. El manejo fue conservador, mediante tratamiento anticoagulante y antibióticos empíricos, con buena respuesta clínica. Para el caso, se obtuvo un consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de la usuaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En pacientes oncológicos es imperativo descartar una recidiva tumoral dado que la poliserositis puede ser una manifestación paraneoplásica o estar relacionada con un proceso metastásico. En la literatura se reportan casos de poliserositis mayormente asociados a neoplasias hematológicas o como efecto secundario de tratamientos inmunosupresores. En el caso del cáncer de mama no está descrita su incidencia, es una manifestación poco frecuente y en caso de presentarse traduce metástasis o posible recurrencia. Si bien esto último fue descartado, es fundamental el seguimiento y también ampliar las posibilidades diagnósticas, como etiologías infecciosas, tromboembólicas y autoinmunes.			
PALABRAS CLAVE	DERRAME PLEURAL, ASCITIS, NEOPLASIAS DE LA MAMA			
TÍTULO DEL TRABAJO	INFARTO RENAL, IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES MÉDICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO:			
CLASE	Caso clínico (cc)			
CATEGORÍA	d) Cirugía			
AUTOR	(1) Almonacid Gómez Camila			
CO-AUTORES	(2)	Miranda	Pizarro	Felipe
	(3)	Calderón Castillo Miguel		
AFILIACIÓN	(1) , (2) y (3) Médico General de zona, Hospital de Puerto Octay, Puerto Octay			
INTRODUCCIÓN	El infarto renal es una condición rara que se caracteriza por la obstrucción del flujo sanguíneo de alguna arteria renal. Para su sospecha es fundamental conocer su etiología, que principalmente es			

cardioembólica o trombofílica. Su presentación clínica tiende a asimilarse a otros diagnósticos más comunes como pielonefritis o cólico renal, por ende su diagnóstico se realiza principalmente con estudio de imagen como tomografía computada.

PRESENTACIÓN DEL CASO Presentamos una paciente de 48 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca por valvulopatía reumática con fibrilación auricular en terapia anticoagulante, marcapaso, entre otros. Refiere dolor en fosa iliaca derecha, intensidad 10/10 en escala verbal simple, náuseas y vómitos, sin respuesta a antiinflamatorios endovenosos. Exámenes revelan parámetros inflamatorios levemente elevados, leve alteración de creatinemia de 1.21 mg/dL y orina sin alteraciones, sólo destaca Lactato Deshidrogenasa severamente elevada de 4039 UI/L. Por lo anterior, se decide trasladar a centro de referencia para mayor estudio, en donde tomografía computada revela riñón derecho con extensa área hipocaptante que compromete tercio superior y medio, con contenido hipodenso de aspecto trombótico en la arteria renal derecha en tercio medio en fase angiográfica. Con ello, se consulta a la paciente por adherencia a terapia anticoagulante, la cual revela que suspende su ingesta por 2 días por electrofulguración cardíaca hace 2 semanas. Se decide presentar a cirugía vascular, quien indica tratamiento conservador, debido a características anatómicas y tiempo de evolución. Evoluciona favorablemente y se solicita consentimiento informado para reporte.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso revela la dificultad de diagnosticar esta condición, debido su escasa incidencia, presentación similar a otros diagnósticos y la importancia de obtener los antecedentes del paciente, sobre todo a nivel de hospitales rurales, en donde el paciente no devela en gran parte del tiempo sus antecedentes completos, lo cual podría afectar en la eficacia del proceso diagnóstico y terapéutico.

PALABRAS CLAVE Dolor abdominal, Obstrucción de la Arteria Renal, Trombosis

TÍTULO DEL TRABAJO **DEL** ADENOCARCINOMA DUODENAL: Causa infrecuente del síndrome de obstrucción gástrica

CLASE d) Cirugía

CATEGORÍA Caso clínico (CC)

AUTOR Rosas Silva Javier (1)

CO-AUTORES	Batallé Naranjo Luis (2), Pinto Castillo Moisés (2), Schwarz Recabarren Niklas (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General, Hospital Clínico Guillermo Grant Benavente, Concepción (2) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción
INTRODUCCIÓN	El adenocarcinoma duodenal (AD) es un tumor maligno raro, pero agresivo, que corresponde al 0,3-0,4% de los cánceres gastrointestinales, con una incidencia estimada en Chile de 1,1 casos por 100.000 habitantes. Cuando aparecen síntomas, son inespecíficos, como náuseas, vómitos, fatiga, pérdida de peso y, principalmente, dolor abdominal. La anemia, la obstrucción gastrointestinal (manifestada como obstrucción de la salida gástrica o síndrome pilórico) e ictericia son síntomas asociados a enfermedad avanzada. A continuación, se expone un caso de síndrome de obstrucción gástrica como forma de debut de un AD, destacando la importancia de reconocer esta patología al momento de buscar causas de una obstrucción gástrica, debido a la ubicación clave de esta neoplasia y las implicancias terapéuticas que conlleva.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 65 años ingresa por vómitos postprandiales de un mes de evolución, inicialmente fecaloideos, luego acuosos. Refirió pirosis, astenia, saciedad precoz, pérdida de 15 kg en un mes y ausencia de deposiciones por 2-3 semanas. Endoscopia digestiva alta informa imposibilidad de avanzar por compresión extrínseca a nivel de bulbo duodenal, donde se realiza biopsia que informa adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado. Con escáner de etapificación, se categoriza como estadio T3-N2-M0. Se decide realizar pancreaticoduodenectomía cefálica (PDC; cirugía de Whipple), ejecutada sin complicaciones.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso evidencia el cómo un adenocarcinoma duodenal puede debutar con un síndrome de obstrucción gástrica, manifestándose inicialmente con síntomas inespecíficos. La retención alimentaria en el bulbo y la imposibilidad endoscópica de progresar fueron hallazgos claves para decidir expandir el estudio, confirmando la neoplasia. La PDC continúa siendo el tratamiento estándar en etapas localmente avanzadas resecables, con impacto significativo en la sobrevida. Reconocer precozmente esta entidad, aunque infrecuente, es fundamental en cuadros obstructivos altos, especialmente en adultos mayores con compromiso general, ya que un diagnóstico oportuno permite intervenciones potencialmente curativas.

PALABRAS CLAVE	Adenocarcinoma, Obstrucción de la Salida Gástrica, Pancreaticoduodenectomía
TÍTULO DEL TRABAJO	ENFERMEDAD DE DIETERICH: Diagnóstico y abordaje terapéutico en una entidad infrecuente
CLASE	h) Especialidades (Traumatología y Ortopedia)
CATEGORÍA	Caso clínico (CC)
AUTOR	Rosas Silva Javier (1)
CO-AUTORES	Batallé Naranjo Luis (2), Pinto Castillo Moisés (2), Schwarz Recabarren Niklas (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General, Hospital Clínico Guillermo Grant Benavente, Concepción (2) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción
INTRODUCCIÓN	La Enfermedad de Dieterich, o necrosis avascular (osteonecrosis) de la cabeza de los metacarpianos, es una condición ortopédica rara descrita inicialmente en 1932 por H. Dieterich, con poco más de 50 casos reportados en la literatura. Se considera variante de las osteonecrosis de huesos pequeños, como la enfermedad de Kienböck (semilunar) y de Preiser (escafoides). Presentamos el caso de una paciente pediátrica femenina de 10 años, con antecedente de fractura en segundo metacarpiano derecho, que consulta en urgencias por dolor en el mismo dedo, no respondiendo a inmovilización y que requirió de estudios imagenológicos avanzados para el diagnóstico definitivo.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente pediátrica femenina de 10 años, con antecedente de fractura en segundo metacarpiano derecho hace 6 meses tratada con inmovilización, consulta por inicio de dolor en mismo dedo posterior a gesto de tracción. Al examen físico se aprecia dolor a la palpación por lateral y aumento de volumen, sin afectación neurovascular. Se inmoviliza por 1 mes con férula digital, sin mejoría. Estudio con tomografía axial computarizada informa 2 lesiones líticas en epífisis de segundo metacarpiano derecho. Exámenes de sangre sin signos de infección. Resonancia magnética con contraste concluye necrosis avascular de cabeza de 2 metacarpiano. Se hospitaliza para toma de biopsia, que indica tejido óseo compacto, periostio con necrosis focal y esclerosis leve.

Evoluciona sin dolor, pero con limitación de movilidad, por lo que se decide derivar a fisioterapia para rehabilitación de la funcionalidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La Enfermedad de Dieterich es una causa infrecuente de dolor persistente en mano pediátrica. Su diagnóstico requiere alta sospecha clínica e imágenes avanzadas, como imagen por resonancia magnética. Este caso destaca la importancia del abordaje multidisciplinario y seguimiento funcional. Su baja incidencia justifica su reporte, aportando evidencia sobre sus manifestaciones y evolución, especialmente en población infantil.
PALABRAS CLAVE	Imagen por Resonancia Magnética, Metacarpianos, Osteonecrosis
TÍTULO DEL TRABAJO	Miositis post-viral como causa de claudicación aguda en Pediatría; Reporte de un caso:
CLASE	c) Pediatría y Cirugía Infantil
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Espinoza Díaz Natalia (1)
CO-AUTORES	López San Martín Camila (1) Fernández Vallejos Francisca (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Las Mercedes, Estación Central (2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Carmela Carvajal, Puerto Montt
INTRODUCCIÓN	Las alteraciones de la marcha en pediatría, como la claudicación o pérdida de fuerza, son frecuentes y requieren una evaluación clínica detallada. Estos signos pueden ser manifestaciones tempranas de patologías diversas, desde causas ortopédicas benignas hasta enfermedades neuromusculares, infecciosas, inflamatorias o incluso oncológicas. La miositis post-viral, aunque poco común, es una causa reconocida tras infecciones respiratorias, caracterizada por debilidad muscular y dificultad para caminar. Una evaluación clínica y neurológica exhaustiva permite orientar el diagnóstico diferencial y decidir estudios complementarios. Dado el potencial impacto en el desarrollo infantil, toda alteración de la marcha debe ser considerada un signo de alarma que amerita atención médica oportuna.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 3 años, con antecedentes de bronquitis recurrente y hospitalización reciente por neumonía viral con

Asistencia ventilatoria no invasiva. Acude a control post alta en atención primaria, donde se observa resolución del cuadro respiratorio, pero se identifica claudicación de la marcha y parestesias en extremidades inferiores, progresando a imposibilidad de bipedestación. Se deriva a urgencias por sospecha de parálisis flácida. Al ingreso: Glasgow 15, disminución de fuerza en extremidades inferiores, Reflejos osteotendinosos presentes, signo de Homans positivo. Se realiza punción lumbar con Líquido cefalorraquídeo incoloro, glucosa 47, proteínas 30.6, sin hallazgos bacterianos. Tomografía de encéfalo y columna lumbar sin alteraciones. Enzima Creatina - Fosfoquinasa (CPK) 230 con descenso a 39.6 en control. Se confirma miositis post-viral en regresión.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso ilustra la importancia de incluir la miositis post-viral como diagnóstico diferencial en niños con debilidad muscular aguda, especialmente con antecedentes virales recientes. Su presentación puede simular cuadros neurológicos graves, por lo que un enfoque clínico riguroso es esencial para evitar procedimientos innecesarios. La evolución favorable y la normalización de parámetros apoyan el carácter autolimitado de esta entidad. El seguimiento clínico y la orientación a cuidadores son fundamentales para un manejo seguro.
PALABRAS CLAVE	Debilidad muscular, Infecciones virales, Miositis, Trastornos de la marcha.
TÍTULO DEL TRABAJO	NOTALGIA PARESTÉSICA: CAUSA POCO FRECUENTE DE PRURITO NEUROPÁTICO. REPORTE DE CASO.
CLASE	CASO CLINICO (CC)
CATEGORÍA	ESPECIALIDADES (DERMATOLOGÍA)
AUTOR	Alvarado Carrasco Edgardo (1)
CO-AUTORES	Melivilú Huenchumán Félix (1), Bustos Hernández Absalón (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Victoria. Victoria.
INTRODUCCIÓN	La notalgia parestésica (NP) es una neuropatía cutánea crónica caracterizada principalmente por prurito localizado y disestesias asociadas, que incluyen sensaciones de dolor, entumecimiento y hormigueo. Los síntomas de la NP suelen ser unilaterales y se localizan medial o inferior a la escápula. Es una condición médica infrecuente.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 36 años. Consulta en policlínico del Centro de Salud Familiar Victoria en el mes de Febrero 2025, señalando presentar cuadro de 2 años de evolución de lesiones hipercrómicas en región dorsal, de carácter pruriginoso. Al examen físico se observan placas hipercrómicas de localización periescapular. Se deriva caso vía Hospital Digital Dermatología – Ministerio de Salud para asesoría del caso. Respuesta de esta vía señala como diagnóstico clínico Notalgia Parestésica. Indicaciones dadas por especialista fueron: 1) Educar en patología, respuesta lenta. 2) derivar a kinesioterapia motora que busque liberar compresiones vertebrales o contracturas musculares. 3) Clobetasol 0,05% crema, uso 2 veces al día por 10 días, luego noche por 10 días, luego noche por medio por 10 días y suspender. 4) Hidroxicina 20mg, 1 por noche vía oral por 1 mes. 5) Receta magistral Capsaicina 0,025% en crema base cantidad suficiente para 40 gramos. Usar 5 veces al día sobre piel que pica durante 1 semana, seguida de 3 veces al día durante 3-6 semanas. 6) Control en 3 meses por este medio
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La NP es una condición médica poco frecuente pero que puede ser eventualmente atendida en el policlínico de Medicina General. Es importante tener en consideración esta patología que posee una presentación clínica bien característica. Dado que el diagnóstico es clínico, un médico general capacitado en esta condición podría iniciar el manejo descrito de forma inmediata, sin precisar necesariamente de una interconsulta (o reservando esta opción ante falta de respuesta a manejo inicial).
PALABRAS CLAVE	Dolor de espalda, Hiperestesia, Parestesia, Prurito
TÍTULO DEL TRABAJO	Púrpura trombocitopénica idiopática como causa de trombocitopenia severa:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Abarza San Martín Carmen (1)
CO-AUTORES	Agurto Sáez Mariana (2), Guarda Selaive Vicente (3), Araya Rubio Barbara (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Lebu, Lebu (2) Médico General de Zona, Hospital de Lebu, Lebu (3) Médico General de Zona, Hospital de Curanilahue, Curanilahue

INTRODUCCIÓN	La púrpura Trombocitopénica idiopática (PTI) es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por la destrucción de plaquetas mediada por el sistema inmunitario, lo que resulta en una disminución del recuento plaquetario. La trombocitopenia en adultos se define como el recuento plaquetario menor de 100.000/uL, confirmado por frotis. La PTI es poco frecuente en varones adultos. Sus signos y síntomas son muy diversos. El grado de trombocitopenia y sangrado no siempre está correlacionado. A continuación se presenta el caso de un paciente con hematuria secundaria a plaquetopenia severa por PTI.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 31 años de edad con diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica consulta por hematuria franca, al examen físico destaca petequias a nivel de extremidades inferiores, se instala sonda foley donde se evidencia hematuria franca en bolsa recolectora. Al control de exámenes destaca plaquetas 6000/uL sin anemia, con función renal conservada y pruebas de coagulación y perfil hepático normal. Dado plaquetopenia severa y sangrado activo se transfunden 8 unidades de plaquetas y se inician pulsos de dexametasona, asociado a agonistas del receptor de trombopoyetina con buena respuesta.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La PTI es una afección poco frecuente que puede presentar complicaciones graves si no se trata con prontitud, el diagnóstico oportuno es clave para un mejor pronóstico. El manejo va a depender de la severidad de la trombocitopenia. Entre uno a dos tercios de los adultos con PTI tienen buena respuesta con tratamiento adecuado de primera línea.
PALABRAS CLAVE	Hematuria, Púrpura, Trombocitopenia.
TÍTULO DEL TRABAJO	PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE QUISTE RENAL BOSNIAK IV, REPORTE DE CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Urología)
AUTOR	Aleuy Vera César (1)
CO-AUTORES	Rojas Campillay Camila (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital San Vicente de Arauco, Arauco (2) Médico General de Zona, CESFAM Isabel Riquelme, Chillán

INTRODUCCIÓN	Los quistes renales Bosniak IV presentan características imagenológicas altamente sugerentes de malignidad. Su presentación clínica es variable, incluyendo dolor, hematuria, fiebre, síntomas constitucionales o incluso ser asintomáticos. Debido a esto, se pueden confundir inicialmente con variadas presentaciones clínicas, como es la situación del caso a presentar.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 71 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, presentó lumbalgia tras realizar trabajo con esfuerzo físico. Una semana después presentó coluria, dolor abdominal y compromiso del estado general. Acude a urgencias hospitalarias hemodinámicamente estable, subfebril, abdomen doloroso a la palpación generalizada, sin signos de irritación peritoneal. Los exámenes de laboratorio evidenciaron parámetros inflamatorios marcadamente elevados y alteración del perfil hepático. Se hospitalizó con sospecha de colecistitis aguda iniciándose antibióticos, solicitando evaluación a equipo de cirugía general. La ecografía abdominal informó quiste cortical renal izquierdo con signos de sangrado reciente, más leve dilatación y engrosamiento de la vía biliar intrahepática. Cirugía decide complementar estudio con resonancia magnética de abdomen. Paciente se mantiene con parámetros inflamatorios persistentemente elevados y presenta fiebre al noveno día de antibióticos. En los exámenes de control destacó procalcitonina baja, leve mejoría del perfil hepático. Se profundizó el estudio imagenológico informándose quiste complejo en el tercio superior del riñón izquierdo clasificación Bosniak IV, asociado a derrame pleural moderado ipsilateral. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta con derivación a urología. Se contó con consentimiento informado para la presentación del caso.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso clínico presentado destaca la importancia del proceso diagnóstico secuencial en escenarios diagnósticos complejos. La evaluación inicial priorizó causas más frecuentes, como patología hepatobiliar. Sin embargo, la evolución clínica tórpida, los hallazgos imagenológicos y la baja respuesta al tratamiento antibiótico llevaron a reorientar el enfoque. La integración cuidadosa de la clínica con los estudios complementarios y sobre todo imagenológicos, permitió arribar a un diagnóstico poco frecuente.
PALABRAS CLAVE	Dolor abdominal, Dolor de espalda, Enfermedades renales quísticas, Fiebre.

TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE ACHENBACH EN VARÓN JOVEN, PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA ENTIDAD BENIGNA:
CLASE	CASO CLÍNICO (CC)
CATEGORÍA	H) ESPECIALIDADES - DERMATOLOGÍA
AUTOR	DE OLIVEIRA GARDELLA RODRIGO (1)
CO-AUTORES	ORTIZ LARA OSCAR (2), EBENSPERGER ZAMORA KLAUSS (2), LEYTON QUIRINO DANIELA (2)
AFILIACIÓN	(1) MGZ HOSPITAL LA CALERA (2) MGZ HOSPITAL SAN AGUSTÍN DE LA LIGUA
INTRODUCCIÓN	El síndrome de Achenbach, o hematoma paroxístico del dedo, es una entidad clínica infrecuente caracterizada por la aparición súbita de dolor y equimosis en los dedos de las manos, sin antecedente traumático evidente. Aunque su presentación puede generar alarma, se trata de un cuadro benigno y autolimitado. Este caso busca contribuir al conocimiento clínico sobre esta condición poco frecuente, especialmente considerando su presentación en un varón joven, fuera del perfil epidemiológico habitual.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Varón de 28 años, sin antecedentes mórbidos ni alergias conocidas, consultó por lesiones de coloración marrón/anaranjada en los dedos de las manos. Había presentado un episodio similar previamente, que fue autolimitado. No refirió presencia de manchas en otras localizaciones ni alteraciones en las uñas. Las lesiones persistieron a pesar del aseo vigoroso con agua y jabón. Al examen físico no se observaron signos inflamatorios ni compromiso sistémico. Se solicitaron exámenes generales, incluyendo hemograma, marcadores inflamatorios, función renal y estudios para infecciones de transmisión sexual, todos sin hallazgos patológicos. Fue evaluado por dermatología, donde se planteó como diagnóstico el síndrome de Achenbach. Se indicó observación y manejo expectante. Se obtuvo consentimiento informado para la utilización de esta información con fines académicos.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El síndrome de Achenbach se presenta clásicamente con aparición brusca de dolor y equimosis en dedos, usualmente en la cara volar de falanges proximales y medias. Aunque es más frecuente en mujeres de mediana edad, puede presentarse en otros grupos, como se evidenció en este varón joven. Su etiología es desconocida, con posibles vínculos genéticos y mecanismos relacionados con proteínas de fase aguda y cascadas de coagulación. El diagnóstico es clínico, ya que los exámenes

suelen ser normales. Reconocer esta condición permite evitar estudios innecesarios y tranquilizar al paciente. Este caso enfatiza la importancia del juicio clínico en patologías benignas y autolimitadas.

PALABRAS CLAVE	Achenbach, Diagnóstico Clínico, Equimosis Digital, Hematoma Paroxístico, Lesiones Acrales
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS EN PACIENTE JOVEN. PRESENTACIÓN DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (cc)
CATEGORÍA	Medicina Interna
AUTOR	Rojas Cayo Luis (1)
CO-AUTORES	Contreras Brandt Francisco (1) Meza Chevecich Claudia (1)
AFILIACIÓN	Médico general de zona, Hospital de Pitrufquén, Pitrufquén
INTRODUCCIÓN	El síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SCPH) es una infección viral aguda grave y potencialmente letal producida por el virus hantavirus. Se transmite por la inhalación de aerosoles de heces, orina y saliva de ratones de cola larga infectados. Es una enfermedad endémica de tipo estacional desde Atacama hasta Magallanes. El SCPH posee 3 fases: prodrómica, cardiopulmonar y convalecencia. Presenta fiebre, mialgias, malestar general y síntomas gastrointestinales que en fase cardiopulmonar progresa súbitamente a insuficiencia respiratoria con compromiso hemodinámico produciendo edema pulmonar agudo masivo, shock y muerte. La letalidad varía entre un 30 a 50%. La mejora en el diagnóstico oportuno junto con la implementación de una terapia agresiva incluyendo ventilación mecánica y conexión a oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) han permitido mejorar el pronóstico de los pacientes que cursan con esta enfermedad.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 18 años, sana. Ingres a reanimador por disnea, cianosis, taquipnea y desaturación hasta 69%. Madre refiere que en días previos comenzó con síntomas respiratorios altos, vómitos y compromiso del estado general. Radiografía portátil evidencia infiltrado intersticial tipo edema pulmonar. Tuvo exposición reciente a maleza con presencia de roedores hace 4 días. Dada sospecha de síndrome cardiopulmonar se decide intubar y traslado a centro con disponibilidad de ECMO. Se rescata test rápido Hantavirus (+), hiperlactatemia, gasometría con

acidosis metabólica leve, leucocitosis, trombocitopenia, hemoconcentración con hematocrito 57.5, linfocitosis con 1% de linfocitos atípicos. Se inicia precozmente soporte hemodinámico, se realiza notificación obligatoria y se traslada a hospital de alta complejidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El SCPH es una enfermedad de rápida evolución y alta letalidad cuya presentación clínica puede variar desde síntomas inespecíficos hasta cuadros rápidamente progresivos con compromiso ventilatorio y hemodinámico. Requiere de una detección precoz con alto nivel de sospecha epidemiológica para una intervención temprana que incluye soporte vital avanzado y derivación a centros de alta complejidad.
PALABRAS CLAVE	Aerosoles, Insuficiencia respiratoria, Linfocitosis, Oxigenación por membrana extracorpórea
TÍTULO DEL TRABAJO	SINDROME DE DISTONÍA-MIOCLONÍA SECUNDARIA A ASTROCITOMA BULBOMEDULAR, REPORTE DE CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	G) Neurología
AUTOR	Cortés Salinas Matías (1)
CO-AUTORES	Jury Salinas Osvaldo (2), González Schumacher Diego (3), Fernández Sandoval Fabián (4)
AFILIACIÓN	(1)Médico General de Zona, Hospital de Yungay, Ñuble (2)Médico General de Zona, Hospital de Huépil, Bio-bío (3)Médico General de Zona, CESFAM Valle la Piedra, Bio-bío (4)Médico General, Hospital Rafael Avaria Valenzuela, Bio-bío
INTRODUCCIÓN	El síndrome distonía-mioclónía (SDM) es un trastorno neurológico poco común caracterizado por la coexistencia de movimientos distónicos y mioclonías, de etiología hereditaria o adquirida. Su diagnóstico requiere de una evaluación clínica detallada, estudios imagenológicos y eventualmente genéticos. Existen tratamientos farmacológicos e intervencionales, entre los que destacan las benzodiacepinas, antiepilépticos, toxina botulínica y en ciertos casos la estimulación cerebral profunda. Se presenta un caso clínico para ejemplificar que su identificación permite una mejor comprensión del síndrome y apoya el desarrollo de estrategias terapéuticas más efectivas.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 27 años, el año 2013 comenzó a presentar cervicalgia posterior intermitente de intensidad progresiva asociada a parestesias en ambos hombros. Realizó múltiples consultas en el Servicio de Urgencias recibiendo analgésicos intramusculares. Consultó nuevamente por pérdida de tono muscular y afasia súbita siendo hospitalizado. Horas después cae en paro cardiorrespiratorio, se reanimó y trasladó intubado a Hospital de alta complejidad. Tomografía evidenció tumor intrarraquídeo C1-C2 compatible con Astrocitoma bulbomedular con mielopatía bulbocervical extensa que provocó retracción de partes blandas y aumento de tono muscular generalizado, sin beneficio neuroquirúrgico. Evolucionó con mioclonías espásticas diarias generalizadas, gatillables al estímulo táctil. Se inició Baclofeno, Pregabalina, Fenitoína y Diazepam disminuyendo escasamente frecuencia e intensidad de las distonías. Familia recibió apoyo de la Fundación DAYA, se inició tratamiento con cannabinoides, logrando mejor control sintomático. Se otorga consentimiento informado para temas afines.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El síndrome distonía-mioclonía corresponde a una entidad poco frecuente que requiere de altos recursos para un mejor enfrentamiento. Si bien está demostrado que el estudio imagenológico complejo, las terapias intervencionales o farmacológicas como la toxina botulínica permiten mejorar la calidad de vida de los pacientes, el Hospital de referencia no posee dichos recursos. Se concluye que las terapias alternativas deberían jugar un rol mucho más importante en el manejo sintomático de estos pacientes.
PALABRAS CLAVE	Astrocitoma, Cannabinoides, Distonía
TÍTULO DEL TRABAJO	“SÍNDROME DE KUFOR-RAKEB, EL DESAFÍO DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO EN JÓVENES:”
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	g) Neurología
AUTOR	Araneda Roselló Gabriel(1)
CO-AUTORES	Alvarez León Sebastián (1), Villagra Iturriaga Paula(1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Carol Urzúa, San Bernardo.
INTRODUCCIÓN	Como médicos es de suma importancia estar atentos a la sintomatología neurológica que presenten los pacientes jóvenes para

un pronto diagnóstico, pudiendo generar una rápida desfuncionalización del paciente, como es en el caso del síndrome de Kufor-Rakeb (KRS), una enfermedad autosómica recesiva, la cual se puede presentar clínicamente como parkinsonismo juvenil y demencia, causado principalmente por depósitos de hierro en el cerebro.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente de 17 años sin antecedentes relevantes, comienza con cuadro de aplanamiento afectivo posterior a evento emocional relevante, bajo rendimiento escolar, disartria leve, temblor en extremidades superiores y episodios de cierre palpebral rápido, bilateral. Se hospitaliza a los 18 años para estudio, en que se realiza una resonancia magnética (RM) de cerebro que describe leve ventriculomegalia, electroencefalograma sin alteraciones, electromiografía (EMG) con contracciones palpebrales tipo blefaroclonus. Paciente comienza con deterioro progresivo de la marcha a los 20 años, con disminución del braceo, aumento de la base de sustentación, llegando a necesitar silla de ruedas. A los 26 años se agrega disfagia ilógica y episodios de versión cefálica a derecha. Se realiza una nueva RM de cerebro en que destaca disminución del volumen cerebeloso, disminución del volumen encefálico supratentorial y ventriculomegalia, discreta hiperintensidad en T1 en ambos globos pálidos y sustancia nigra. Se realiza nueva EMG en que se describen evidencias electrofisiológicas sugerentes de compromiso axonal del nervio peroneo y tibial izquierdo. A los 27 años se realiza estudio de exoma, resultando concordante con síndrome de Kufor-Rakeb.

**DISCUSIÓN Y
CONCLUSIONES**

La rápida desfuncionalización y morbimortalidad asociada a los diferentes síndromes neurológicos en jóvenes, en este caso KRS, resalta aún más la importancia del pronto diagnóstico en el contexto de atención primaria de salud (APS) para una intervención interdisciplinaria oportuna que mejore la calidad de vida del paciente.

**PALABRAS
CLAVE**

Genética, Parkinsonismo juvenil, Neurología.

**TÍTULO DEL
TRABAJO**

SITUS INVERSUS COMO HALLAZGO EN PACIENTE CON SOSPECHA DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO:

CLASE

b) Medicina interna

CATEGORÍA

Caso clínico (cc)

AUTORA

Marzullo Sotomayor Isidora (1)

CO-AUTORAS	Zamora Fáez Vásquez Ulloa Camila (3)	Vera Costa	Javiera Rocío	(1) (2)
AFILIACIÓN	(1) Médica general de zona, Cesfam Recreo, San Miguel, Servicio de salud metropolitano sur. (2) Médica general de zona, Cesfam San Joaquín, San Joaquín, Servicio de salud metropolitano sur. (3) Interna de medicina, Universidad Autónoma de Chile.			
TÍTULO DEL TRABAJO	Situs inversus como hallazgo en paciente con sospecha de infarto agudo al miocardio			
INTRODUCCIÓN	El situs inversus es una malformación genética rara que se caracteriza por una disposición anatómica invertida de uno o varios órganos, configurando una imagen en espejo respecto a la disposición normal. Su etiología es desconocida y, en la mayoría de los casos, cursa de forma asintomática. El caso presentado aborda un hallazgo incidental en un paciente en la atención primaria.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 48 años sin antecedentes mórbidos, acude a control de rutina en Cesfam donde se solicita electrocardiograma (ECG) que impresiona secuela de necrosis extensa en pared anterior, por lo que se solicita estudio con ecocardiograma y radiografía de tórax que impresiona situs inversus con dextrocardia, descartándose episodio isquémico previo y confirmándose derivadas invertidas en contexto de malformación congénita de reciente hallazgo.			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El situs inversus representa una anomalía congénita de baja prevalencia, del 0,01%. Aunque su etiología permanece desconocida, la mayoría de los casos cursa de manera asintomática y suelen descubrirse de forma incidental, como en el caso aquí presentado. Ante una dextrocardia, el ECG muestra característicamente la presencia de una onda P negativa en derivación DI. Otros hallazgos típicos son la negativización del QRS y de la onda T en DI, el eje derecho y la no progresión de onda R en precordiales. Al momento de realizar un ECG a un paciente con dextrocardia, los electrodos deben colocarse de forma diferente. Los de los miembros superiores se deben invertir (rojo en la izquierda y amarillo en la derecha), manteniendo igual los de los miembros inferiores. Los electrodos precordiales se colocan en “espejo” a lo habitual (V1 en cuarto espacio intercostal izquierdo y el resto en el nivel habitual, pero en hemitórax derecho).			

Debido a lo anterior es fundamental considerar esta anomalía al momento de pesquisar signos electrocardiográficos de isquemia en pacientes asintomáticos sin factores de riesgo.

PALABRAS CLAVE	Dextrocardia, Infarto de miocardio, Situs inversus.
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE WOLF-HIRSCHHORN: LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD:
CLASE	CASO CLINICO (CC)
CATEGORÍA	B) MEDICINA INTERNA
AUTOR	PASTRIAN SOTO, MONSERRAT (1)
CO-AUTORES	DELGADO AZUAJE, MARIA (2), GONZALEZ RUIZ, CAROL (3), BUSTAMANTE MONCAYO, JOSÉ (4)
AFILIACIÓN	(1) MÉDICO EDF EL LOA, CALAMA (2) MÉDICO GENERAL, CESFAM DR.ENRIQUE MONTT, CALAMA (3) MÉDICO EDF LONTÚE, MOLINA (4) MÉDICO GENERAL CESFAM LONTÚE, MOLINA
INTRODUCCIÓN	El Síndrome de Wolf-Hirschhorn (SWH) es una cromosomopatía poco frecuente que consiste en la delección del extremo distal del cromosoma 4, presenta alteraciones morfológicas, del desarrollo y malformaciones. El objetivo de este reporte es describir el caso de una usuaria de 20 años y el rol de la atención primaria en salud (APS).
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 20 años, quien presenta múltiples malformaciones al nacer, entre las que se destaca dextrocardia, comunicación interauricular, comunicación interventricular, fisura palatina blanda, doble sistema pielocalicial, fístula rectovaginal. Las cuales fueron resueltas quirúrgicamente. En su desarrollo se presenta con retraso global del desarrollo psicomotor, hipotonía generalizada, queratopatía, escoliosis neuromuscular, trastorno deglutorio y epilepsia secundaria, asociado a hipotiroidismo e hipovitaminosis D. El diagnóstico se realiza con cariotipo que demuestra la delección distal del cromosoma 4. Se realizan cirugías para mejorar calidad de vida. Paciente llega a APS, ante la necesidad de apoyo en todas sus actividades básicas, ingresa al Programa de Dependencia Severa (PDS), en donde se realiza primer acercamiento, se recopilan antecedentes, se realiza derivación a nivel secundario ante complejidad del síndrome. Sin embargo, mantiene controles semestrales por PDS para continuidad de cuidados y visualización del

cuidador. La información es otorgada por su cuidadora con su consentimiento para ser utilizada con fines científicos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El SWH es una condición poco común, con una prevalencia de 1 en 50.000, y el pronóstico se determina ante la gravedad de las malformaciones desarrolladas. Si bien, es una patología de resorte de nivel terciario de atención, en este caso se evidencia como la APS es la puerta de entrada para todo tipo de condición, dando respuesta con los recursos disponibles. Si bien, la APS no cumple un rol curativo, si es preventivo y principalmente, apoyo al cuidador, siendo la vía más rápida de acceso a la salud.
PALABRAS CLAVE	Atención Primaria de Salud, Cuidados Posteriores, Síndrome de Wolf-Hirschhorn
TÍTULO DEL TRABAJO	Teratoma uterino fistulizado, una complicación excepcional
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	E) Ginecología y obstetricia
AUTOR	Abarza San Martín Carmen (1)
CO-AUTORES	Andrade Canales Paulina (2) Araya Rubio Barbara (3) Oscar Chavez Collao (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Lebu, Lebu (2) Médico General, Hospital de Lebu, Lebu (3) Médico General de Zona, Hospital de Curanilahue, Curanilahue (4) Médico General de Zona, Cesfam Lebu Norte, Lebu
INTRODUCCIÓN	Los teratomas son neoplasias compuestas de tejidos de todas las capas germinales, se puede localizar en varias áreas entre ellas sacro-coxis, ovarios y testículos. Es raro encontrarlo en una localización extragonadal y, particularmente, en el útero, se han reportado muy pocos casos. Dentro de las principales complicaciones la torsión es la más común (16 %), mientras que la formación de fístulas a órganos vecinos es una complicación excepcional. A continuación se presenta un caso de una paciente con diagnóstico de shock séptico de foco abdominal secundario a teratoma fistulizado a colón.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 55 años de edad, sin antecedentes mórbidos ingresa por cuadro de dolor abdominal intenso, de 2 semanas de evolución

asociado a diarrea. Al examen físico abdomen irritado, en tabla con signos clínicos de shock. En laboratorio destaca parámetros inflamatorios elevados y falla renal aguda. Se realiza TAC de abdomen y pelvis que muestra Imágen sugerente de proceso expansivo pelviano de aparente origen uterino que está infiltrando al colon sigmoides el cual presenta una extensa perforación con una colección hidroaérea secundaria y neumoperitoneo. Se realiza laparotomía exploratoria, con hallazgos compatibles con teratoma complicado, con fistulización a colon sigmoides y perforación del mismo por lo que se realiza cirugía Hartmann Histerectomía abdominal subtotal + anexectomía bilateral.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La formación de fístulas a órganos vecinos es una complicación extremadamente infrecuente de los teratomas quísticos maduros, dentro de las causas la transformación maligna debe ser considerada de manera primordial. En cuanto al tratamiento, la cirugía es la única opción cuando se confirma la presencia de fístulas.
PALABRAS CLAVE	Teratoma, fístula, colon
TÍTULO DEL TRABAJO	“OJO” CON LA CONJUNTIVITIS: TROMBOSIS RETINIANA COMO HALLAZGO EN PACIENTE CON OJO ROJO. A PROPOSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Oftalmología
AUTOR	Aguilera Lecaros, Francisca (1)
CO-AUTORES	Cabezas Benavente, José (1); Saavedra Lara, Camila (1); Correa Vergara, María (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF CESFAM Adriana Madrid de Costabal, María Pinto (2) Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
INTRODUCCIÓN	El ojo rojo es un motivo de consulta habitual en atención primaria, y en la mayoría de los casos, se trata de cuadros benignos como la conjuntivitis. Sin embargo, este síntoma puede ser la puerta de entrada a diagnósticos más complejos si no se realiza un adecuado seguimiento. Este caso clínico muestra cómo un cuadro inicialmente interpretado como una infección ocular común terminó revelando una patología vascular retiniana grave.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial y cirugía por cáncer tiroideo, consulta en servicio de urgencias por cuadro de 5 días de evolución de ojo rojo y escotoma. El diagnóstico inicial fue de conjuntivitis bacteriana, y se indicó tratamiento con cloranfenicol. Ante la falta de respuesta al tratamiento y persistencia de visión borrosa y una “mancha negra” fija en su campo visual, decide re consultar en atención primaria, siendo derivada a la Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) por sospecha de oclusión vascular retiniana. En la UAPO, se realizó una retinografía donde se evidenció signos de trombosis a temporal superior del nervio óptico izquierdo, por lo que fue derivada a atención de urgencia por especialista para su manejo.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	DISCUSIÓN: La oclusión vascular retiniana suele presentarse de forma repentina y sin dolor, manifestándose con visión borrosa o escotomas. Puede confundirse fácilmente con cuadros menos severos si no se presta atención a la progresión de los síntomas. Este tipo de eventos es más frecuente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión. CONCLUSIÓN: Este caso subraya el rol crítico del médico en la detección precoz de enfermedades graves. El enfoque de un síntoma tan común como el ojo rojo, puede esconder una patología severa si no se realiza una evaluación completa y detallada. La continuidad del cuidado y la derivación oportuna son fundamentales para evitar complicaciones mayores.
PALABRAS CLAVE	Conjuntivitis, Ojo rojo, Trombosis de retina,
TÍTULO DEL TRABAJO	Tifus de los Matorrales, a Propósito de un Caso en Zona Rural del Sur de Chile.
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	B) Medicina interna
AUTOR	Calderón Castillo Miguel (1)
CO-AUTORES	Lagunas Pizarro Maximiliano (2), Almonacid Gómez Camila (1), Gallegos Delgado Ignacia (3).

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Puerto Octay, Puerto Octay, Chile. (2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Angelmó, Puerto Montt, Chile. (3) Médico General, Hospital Puerto Octay, Puerto Octay, Chile.
INTRODUCCIÓN	El tifus de los matorrales es una zoonosis emergente en zonas rurales del sur de Chile, causada por <i>Orientia chiloensis</i> . Su presentación puede ser inespecífica y simular otros cuadros infecciosos, por lo que su sospecha clínica precoz es fundamental para el diagnóstico y tratamiento oportuno.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 36 años, sin antecedentes médicos relevantes, consulta por cuadro de una semana de evolución caracterizado por fiebre, náuseas, cefalea y exantema maculopapular generalizado, sin compromiso de palmas, plantas ni mucosas. Refiere aparición inicial de lesión en el tobillo izquierdo tras actividades de senderismo en zona rural de Las Gaviotas. Al examen físico destaca escara negruzca y adherida de 1 cm en el tobillo, además de exantema en cara, tronco y extremidades. Laboratorio muestra LDH elevada (780 U/L), PCR 55 mg/L y transaminasas levemente aumentadas. Orina sin signos inflamatorios. Se inicia tratamiento empírico con doxiciclina ante alta sospecha de tifus de los matorrales y se envía muestra a laboratorio. Posteriormente se confirma la infección por <i>Orientia chiloensis</i> .
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso enfatiza la importancia de considerar el tifus de los matorrales en pacientes con fiebre y exantema, especialmente con antecedente de exposición en zonas rurales del sur de Chile. La presencia de escara (mancha negra) y la evolución compatible permiten orientar el diagnóstico clínico. El tratamiento precoz con doxiciclina mejora significativamente el pronóstico. La identificación oportuna de esta patología emergente es clave para evitar complicaciones, subrayando la necesidad de difundir su conocimiento entre equipos de salud.
PALABRAS CLAVE	Tifus de los Matorrales, <i>Orientia</i> , Zoonosis.
TÍTULO DEL TRABAJO	CORTICOIDES EN EL TRATAMIENTO DE LA VASCULITIS POR INMUNOGLOBULINA A, UNA ELECCIÓN DEBATIDA:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	c) Pediatría y cirugía infantil

AUTOR	Aguilera Lecaros Francisca (1)								
CO-AUTORES	Arratia Rojas Felipe (2), Bonansco Tuki Maohi (2), Rivas Curihuinca Cristian (2)								
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Adriana Madrid de Costabal, María Pinto (2) Interno de Medicina, CESFAM Adriana Madrid de Costabal, Universidad de Chile, Santiago								
INTRODUCCIÓN	La vasculitis por inmunoglobulina A (IgA) es la vasculitis pediátrica más frecuente, causada por depósitos de inmunocomplejos. Existen manifestaciones cutáneas, articulares, renales y gastrointestinales. En atención primaria de salud (APS) el manejo sintomático incluye antiinflamatorios no esteroides (AINES) y corticoides, controvertidos pero con beneficio en ciertas situaciones. Se presenta el caso con el objetivo de discutir la correcta indicación de corticoides de forma ambulatoria para el médico en APS.								
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de cuatro años, sin antecedentes. Presenta gonalgia, astenia, dolor abdominal e inapetencia desde hace 3 días. Evolucionó con hematoquecia, lesiones purpúricas en abdomen y extremidades inferiores y orina espumosa, por lo que fue llevada a urgencias. Exámen físico: Hipertensa, taquicardica, púrpura palpable en extremidades inferiores. Gonalgia bilateral, rango articular conservado. Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación, sin irritación peritoneal. <table><tr><td>Exámenes</td><td>Complementarios:</td></tr><tr><td>- Creatinuria:</td><td>191 mg/dL</td></tr><tr><td>- Proteínas</td><td>15,3 mg/dl</td></tr><tr><td>- Índice proteínas/creatinina(IPC): 151,5 mg/g - completa:</td><td>Orina Normal</td></tr></table> Razonamiento Diagnóstico: Inicialmente impresionó un cuadro viral inespecífico. Con la aparición de hematoquecia y púrpura palpable, por criterios EULAR se diagnosticó Vasculitis IgA, se realizó perfil renal y examen de orina para definir afectación renal, pronóstico y posibilidad de tratamiento ambulatorio. Manejo: Paciente en buenas condiciones generales y hemodinamia estable, se indicó manejo ambulatorio sintomático con AINES e hidratación. Estudio destacó proteínas en orina e IPC	Exámenes	Complementarios:	- Creatinuria:	191 mg/dL	- Proteínas	15,3 mg/dl	- Índice proteínas/creatinina(IPC): 151,5 mg/g - completa:	Orina Normal
Exámenes	Complementarios:								
- Creatinuria:	191 mg/dL								
- Proteínas	15,3 mg/dl								
- Índice proteínas/creatinina(IPC): 151,5 mg/g - completa:	Orina Normal								

elevado. Ante dolor abdominal se indicó prednisona, con evolución favorable, disminuyó el dolor abdominal y desaparecieron las lesiones purpúricas.

Consideraciones

Éticas:

Se obtuvo consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Las vasculitis IgA son las vasculitis más comunes en pediatría. En su manejo es importante conocer que, si bien se pueden utilizar AINES, existen situaciones como el sangrado gastrointestinal, en que no se recomiendan y se podrían indicar corticoides. Es fundamental para los médicos de APS realizar correctamente el diagnóstico, manejo ambulatorio, seguimiento y derivación si corresponde.

PALABRAS CLAVE Esteroides, Hemorragia Gastrointestinal, Vasculitis por IgA

TÍTULO DEL TRABAJO ECZEMA DE PEZÓN COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE DERMATITIS ATÓPICA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA h) Especialidades (dermatología)

AUTOR Hidalgo Neira Marco (1)

CO-AUTORES Henríquez Lazcano Vicente (2), Campos Santibáñez Benjamín (2), Riquelme Fuentes Francisco (2)

AFILIACIÓN (1) Médico Dermatólogo, Clínica Andes Salud, Concepción
(2) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Puerto Montt

INTRODUCCIÓN La dermatitis atópica (DA) es la enfermedad inflamatoria cutánea crónica más frecuente, predominando en la población pediátrica con una prevalencia entre 10-30%, y afectando al 2-10% de los adultos; su prevalencia ha tenido un alza significativa en las últimas décadas. En el 50% de los casos, el diagnóstico ocurre durante el primer año de vida.

Este diagnóstico se basa en la presencia de prurito persistente o recurrente, con morfología y distribución típica según la edad. La presentación de DA en la región areolar es infrecuente y puede llevar a diagnósticos erróneos o tratamientos inadecuados. Se presenta el siguiente caso clínico con el fin de evidenciar una presentación infrecuente de dermatitis atópica en la región areolar.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 20 años, sin antecedentes mórbidos previos, consulta con dermatólogo por cuadro de 5 semanas de evolución caracterizado por prurito intenso en pezón izquierdo, asociado a dermatitis eczematososa subaguda y secreción serosa intermitente. Refiere que es la primera ocasión en la que presenta estos síntomas. Al examen físico, se descartan lesiones en otras regiones anatómicas. Por cuadro clínico compatible con eccema de pezón, se inicia tratamiento corticoide oral por 3 días, asociado a tratamiento tópico con betametasona y humectación, bajo la sospecha de debut de DA. Se realiza control 2 semanas posterior a inicio de tratamiento, logrando mejoría tanto sintomática, como clínica del eccema atópico.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La DA suele presentar patrones clínicos característicos, por lo que es importante considerarla como un diagnóstico diferencial frente a cuadros de prurito intenso y persistente, aún en regiones anatómicas menos habituales como el pezón. Ante lesiones unilaterales en la región periareolar, deben considerarse otras patologías menos prevalentes, pero de igual manera, clínicamente relevantes, como el cáncer de Mama o la enfermedad de Paget, manteniendo siempre presente que una manifestación atípica de DA es, aun así, más frecuente que dichas patologías.
PALABRAS CLAVE	Dermatitis Atópica, Eccema, Prurito.
TÍTULO DEL TRABAJO	FRACTURA ESCAPULAR EN TRAUMA DE BAJA ENERGÍA, REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	H) Especialidades
AUTOR	Romero Chaparro Francisco (1)
CO-AUTORES	Astete Bórquez Carlos (1), Álvarez Orellana Álvaro (1), Molina Kelly (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Familiar y Comunitario de Nacimiento, Nacimiento (2) Médico Cirujano Artículo 9, Hospital Familiar y Comunitario de Nacimiento, Nacimiento

INTRODUCCIÓN	Las fracturas escapulares comprenden el 0.7-1% de todas las fracturas, las cuales se presentan generalmente por traumas de alta energía en pacientes jóvenes. Pueden estar asociadas a lesiones potencialmente vitales como neumotórax, hemotórax y contusión pulmonar, junto con otras fracturas como costales, vertebrales y esternales. La escápula es un hueso cubierto por múltiples estructuras musculares que le confieren protección ante los impactos, lo que dificulta su fractura en traumas de baja energía. Se presenta un caso de fractura escapular en contexto de trauma de baja energía, identificada en atención primaria.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 34 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en servicio de urgencias de atención primaria luego de presentar caída de 1.5 metros de altura con apoyo en hombro izquierdo, evolucionando con dolor local e impotencia funcional. Al examen físico, sin deformidades, con incapacidad para elevar brazo izquierdo sobre 15°, dolor a movilización activa en todos los rangos y dolor a palpación del borde lateral de escápula izquierda. Se realiza radiografía de hombro izquierdo que evidencia imagen de fractura de escápula izquierda, por lo que se deriva a hospital base. Se realiza scanner que confirma fractura con mínimo desplazamiento y descarta lesiones ocultas. Se evalúa por equipo de traumatología de hombro que indica manejo ortopédico con inmovilizador y seguimiento en atención primaria para rehabilitación kinesiológica. La información expuesta fue autorizada por la paciente.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En traumas de alta energía con mecanismo y clínica compatibles es fundamental descartar fracturas escapulares. Sin embargo, es de igual importancia lograr sospechar el diagnóstico en casos con clínica compatible, a pesar de no tener un trauma de alta energía. En el caso expuesto, se evidencia la importancia de la sospecha clínica en trauma de baja energía en un ambiente con escasos recursos, para garantizar un diagnóstico certero y tratamiento oportuno.
PALABRAS CLAVE	Escápula, Fracturas Óseas, Radiografía
TÍTULO DEL TRABAJO	IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADO EN LAS PERSONAS, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	CASO CLINICO (CC)
CATEGORÍA	a) Medicina Familiar

AUTOR	Castro Paz Danitza (1)
CO-AUTORES	Sáez Salazar Javiera (1), Yagi Carriel Camila (2), Arce Olave Carola (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Alemania, Angol (2) Médico General de Zona, CESFAM Huequén, Angol (3) Médico General de Zona, Hospital de Collipulli, Collipulli
INTRODUCCIÓN	El aumento de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) constituyen un problema de salud pública que conlleva el aumento de recursos sanitarios asociado al impacto en la calidad de vida de las personas. El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) se ha instalado en Chile con el objetivo de fortalecer la atención primaria (APS) y alcanzar mejores resultados en salud, calidad de vida y equidad. En 2020 surge la Estrategia Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) con el fin de poder lograr un abordaje integral de las personas, iniciando la incorporación gradual en los distintos centros de APS. Se presenta caso en centro piloto ECICEP en ciudad de Angol, con resultados favorables.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre, 71 años antecedentes diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipertensión, raquiestenosis operada, obesidad, amputación reciente pie diabético, polifarmacia con despachos tanto en APS como desde hospital. Se realiza ingreso ECICEP en dupla durante policlínico curaciones avanzadas, se implementa entrevista motivacional, educación sobre patologías y opciones de tratamiento. Se priorizan problemas y se construye planes consensuados. Tras 6 meses de intervención, gestión de caso, controles equipo multidisciplinario se logra alta desde policlínico curaciones avanzadas, compensación y mejor automanejo de sus patologías crónicas.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En el 2020 las ENT son la principal causa de muerte y años de vida perdidos en ambos sexos. En Chile, la atenciones fragmentadas en distintos programas corresponden a una atención reactiva más que preventiva. ECICEP plantea mejoras en el autogestión de patologías, disminuir la sobre intervención en las personas y mejorar su adherencia a tratamiento. Implementación de ECICEP en APS está avalado por los resultados beneficiosos tanto en la salud de las personas, como también, desde el punto de vista de eficiencia en los recursos de la salud.

PALABRAS
CLAVE

Atención Integral de Salud, Atención primaria de salud, Atención ambulatoria



TÍTULO DEL TRABAJO CONVULSIONES SECUNDARIAS A USO DE ÁCIDO TRANEXÁMICO EN PACIENTE CON HEMATURIA REFRACTARIA:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA h) Especialidades (Urología)

AUTOR Arce Olave Carola (1)

CO-AUTORES Castro Paz Danitza (2), Sáez Salazar Javiera (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Collipulli, Collipulli (2) Médico General de Zona, CESFAM Alemania, Angol

INTRODUCCIÓN La hematuria macroscópica persistente es una causa frecuente de consulta urológica que puede requerir hospitalización, especialmente en pacientes con sondaje vesical prolongado. El ácido tranexámico

(ATX), antifibrinolítico ampliamente utilizado para controlar hemorragias, ha demostrado eficacia en este contexto, aunque se ha asociado a efectos adversos neurológicos como convulsiones, especialmente en pacientes con factores predisponentes. El presente caso busca describir una complicación neurológica inusual en el contexto del uso de ATX para hematuria.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, accidente cerebrovascular en 2024 e hiperplasia prostática benigna con uso crónico de sonda Foley, en seguimiento por urología. Consultó en tres ocasiones al servicio de urgencias por hematuria, siendo hospitalizado en Collipulli por retención urinaria secundaria a coágulos, iniciándose irrigación vesical continua. Dada la persistencia de hematuria franca y anemia leve, se indicó ATX. A las 36 horas de iniciado el tratamiento, presentó una convulsión tónico-clónica autolimitada de 40 segundos, seguida por un nuevo episodio de un minuto, también autolimitado, que fue manejado con lorazepam y suspensión del ATX. Se realizó TAC cerebral, sin hallazgos patológicos. Tras observación, sin nuevos eventos y con resolución de la hematuria, se dio alta con seguimiento ambulatorio. Se contó con consentimiento informado del paciente para la presentación del caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El uso de ATX en hematuria severa es frecuente, pero sus riesgos neurológicos deben considerarse, especialmente en pacientes con antecedentes cerebrovasculares. Su mecanismo neurotóxico, mediado por inhibición de receptores de glicina, puede inducir convulsiones. Se recomienda una evaluación cuidadosa del riesgo-beneficio antes de su uso, así como vigilancia neurológica estrecha. Este caso aporta a la literatura clínica al evidenciar una reacción adversa poco frecuente, pero clínicamente significativa, que debe ser considerada en la práctica médica.

PALABRAS CLAVE Ácido tranexámico, Convulsiones, Hematuria.

TÍTULO DEL TRABAJO METÁSTASIS PULMONAR EN CÁNCER COLORRECTAL OPERADO CON SEGUIMIENTO ESTRICTO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA d) Cirugía

AUTOR Suazo Rivera Marcelino Andrés (1)

CO-AUTORES -

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cesfam Néstor Fernández Thomas, Llolleo, V Región.
INTRODUCCIÓN	El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes de nuestro entorno actual, y con un creciente aumento de la incidencia en los últimos años. Aproximadamente, el 70 % de los (CCR) se presentan de forma localizada con un tratamiento con intención curativa. El 30% de presenta como enfermedad neoplásica avanzada, siendo el órgano afectado con mayor frecuencia el hígado, seguido por el pulmón (2-4%).-
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 71 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus insulino requiriente (DM IR), Hipotiroidismo, insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) y CCR operado en el 2019, que, durante sus controles con seguimiento estricto de exámenes de laboratorios, pruebas hepáticas y el CEA cada 4 meses los primeros 2 años. La colonoscopia al año junto con la TC abdominopélvica anual y radiografía de tórax simple cada 6 y 12 meses, completaron el estudio rutinario. Sin embargo, tomografía axial computarizada (TC) de tórax al segundo año de operada evidenció posible tumor (T.U) en lóbulo superior izquierdo (LSI), donde estudio se completó (11/2020) con Tomografía por emisión de positrones/Tomografía computada (PET/TC), que evidenció nódulo pulmonar sólido de bordes lobulados, en el segmento anterior de LSI de 8,5 mm aprox. Con aumento de metabolismo glucosídico. Se Evaluó el caso siendo unilateral, y con patologías mórbidas estables, se realizó toracotomía con biopsia pulmonar, quien resultó de origen intestinal, confirmando la sospecha de metástasis pulmonar que se resecta sin complicaciones ni terapias coadyuvantes. -
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La opción terapéutica quirúrgica, y el tratamiento sintomático, dependiendo de las características del paciente y de la enfermedad neoplásica son de elección en la actualidad, asociado a quimioterapia. Sin embargo, la intervención quirúrgica fue la segmentectomía, no estandarizada en casos unilateral con altas morbilidades asociadas, la cual podría plantearse en aquellos casos, sin necesidad de quimioterapia asociada.
PALABRAS CLAVE	Metástasis, CCR, PET/TC, Toracotomía
TÍTULO DEL TRABAJO	CIERRE DE HERNIA INCISIONAL GIGANTE CON PREHABILITACIÓN DE PARED ABDOMINAL, REPORTE DE CASO:

CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	García González Scarlett (1)
CO-AUTORES	Chavarría Flores Victoria (2), Olivares Trujillo Mirta (1), Sepúlveda Pérez Gabriel (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital San Agustín de Collipulli, Collipulli. (2) Médico General de Zona, Hospital de Lota, Lota.
INTRODUCCIÓN	Las hernias incisionales gigantes son aquellas cuyo anillo mide más de 15 cm, se asocian a pérdida de dominio, atrofia muscular y disminución crónica del volumen intraabdominal, por esto no pueden repararse con técnicas de afrontamiento aponeurótico simple. La prehabilitación de pared abdominal ha disminuido las complicaciones postoperatorias y recidiva.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Bajo consentimiento informado se presenta el caso de paciente de 78 años con historia de hernia epigástrica de 12 años de evolución secundaria a colecistectomía, con crecimiento progresivo, asociándose en los últimos días a 2 episodios de retención gástrica que requirió instalación de sonda nasogástrica. Escáner de abdomen y pelvis evidencia hernia incisional supraumbilical de 15x13 cm con contenido de asas intestinales sin signos de complicación. Se hospitaliza para planificación de cirugía. Dadas las características de la paciente y alto de riesgo de fracaso en cierre, se realizó prehabilitación con instilación de Toxina botulínica tipo A, se inyectan 500U de Dysport; se indica alta y rehospitalización en 3 semanas. Se decide realizar neumoperitoneo progresivo una semana previa a cirugía con buena tolerancia. Se realiza cirugía donde se evidencia gran defecto herniario incisional con anillo de 15x10 cm que contenía saco laxo sin contenido intra abdominal, se realiza cierre con prolene y refuerzo con malla de polipropileno. Luego de 5 días, paciente evoluciona con disminución del dolor, sin signos de complicación, por lo que se decide alta. A los 3 meses de seguimiento se encuentra en buenas condiciones generales, ha logrado recuperar autonomía, refiere escaso dolor en zona de incisión y no ha habido recidiva del defecto.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La adecuada planificación de cirugía de cierre de hernia incisional gigante permite mejores resultados en cuanto a la calidad de vida y disminución de recidiva. La toxina botulínica A y el neumoperitoneo son métodos seguros y recomendables en el abordaje de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE	Hernia incisional, Neumoperitoneo, Toxina botulínica
TÍTULO DEL TRABAJO	COLANGITIS COMO COMPLICACIÓN DE ECHINOCOCCOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Schiaffino Colonelli Paola(1)
CO-AUTORES	Berrios Walker José (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico cirujano en etapa de destinación y formación, Hospital Adriana Cousiño de Quintero, Quintero
INTRODUCCIÓN	La echinococcosis es una enfermedad parasitaria endémica de nuestro país, principalmente en las regiones del sur. La incidencia es de 2,1 casos por 100.000 habitantes sin predominio por sexo. La forma más frecuente es la presentación de echinococcosis quística, de estos 2 tercios de los pacientes tendrán un compromiso hepático y un 20% pulmonar.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 23 años sin antecedentes mórbidos acude a servicio de urgencia por cuadro de dolor en hemiabdomen superior de 10 días de evolución asociado a náuseas, que agravan con la ingesta. Niega fiebre. Consultó previamente en extrasistema donde el único hallazgo en sus exámenes fue eosinofilia. Al examen físico destaca hemiabdomen superior doloroso, sin signos de irritación peritoneal. Se toman exámenes de laboratorio, destacando bilirrubina total 2,72 con predominio directo, GGT 472, GOT 430 y GPT 318. Se deriva a centro de mayor complejidad para estudio de imagen. En dicho centro se sospecha fasciola hepática, se realiza tomografía computarizada (TC) mostrando quistes en parénquima hepático sin complicaciones, por lo que se da de alta y control ambulatorio con terapia farmacológica. Paciente vuelve a consultar un mes después por dolor en hipocondrio derecho, sensación febril, ictericia y acolia. Se vuelven a tomar exámenes de laboratorio destacando leucocitosis de 21.400, proteína C reactiva (PCR) 243, bilirrubina directa 2,93 e indirecta 3,24, fosfatasa alcalina (FA) 225, GGT 1116, GOT 88 GPT 279. Se repite TC con contraste donde impresionan quistes hidatídicos bilobares, conductos biliares intrahepáticos dilatados secundarios a

compresión o rotura. Se decide ingreso para terapia antibiótica y resolución quirúrgica por colangitis.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El caso anterior muestra las potenciales complicaciones que puede tener una enfermedad endémica en Chile, pero poco frecuente. La colangiohidatidosis es una complicación frecuente (25%) y evolutiva de la echinococcosis hepática, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica ha demostrado tener resultados beneficiosos

PALABRAS CLAVE Colangitis, Echinococcosis, Quistes hidatídicos hepáticos

TÍTULO DEL TRABAJO ERITRODERMIA PSORIÁSICA PUSTULOSA SECUNDARIA A CORTICOIDES:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA (h)Especialidades(Dermatología)

AUTOR Soto Lehnert Fernanda(1)

CO-AUTORES Morales Seguel Carolina(2),Pinilla Hermosilla Constanza (3),Soto Lehnert Alejandro (4)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Nacimiento, Nacimiento (2) Médico General de Zona, Hospital de Huépil, Huelpil (3) Médico General de Zona, Hospital de Arauco, Arauco (4) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción

TÍTULO DEL TRABAJO ERITRODERMIA PSORIÁSICA PUSTULOSA SECUNDARIA A CORTICOIDES:

INTRODUCCIÓN La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica inmunomediada que afecta piel, mucosas, uñas y articulaciones, con una prevalencia del 2% a nivel mundial . Dentro de sus variantes clínicas, la psoriasis eritrodérmica (PE) representa una de las formas más graves y potencialmente mortales, caracterizándose por compromiso sistémico significativo . Su abordaje constituye un desafío clínico, por lo que el diagnóstico precoz y un manejo adecuado resultan fundamentales. Entre los factores desencadenantes, el uso inapropiado de corticoides sistémicos ha sido documentado como un desencadenante.

PRESENTACIÓN DEL CASO Mujer de 47 años, con diabetes tipo 2 e hipertensión, consultó por exacerbación de psoriasis tras exposición a humo. Presentó taquicardia e hipertensión, siendo tratada con corticoides endovenosos y antihistamínicos, y fue dada de alta con tratamiento ambulatorio. Reconsultó días después por empeoramiento, con fiebre,

taquicardia y placas eritemato-descamativas generalizadas. Exámenes revelaron leucocitosis (20.000/ μ L) y Reacción en cadena de la polimerasa (51 mg/L). Fue hospitalizada con diagnóstico de eritrodermia psoriásica pustulosa secundaria a corticoides sistémicos. Se hospitalizó y manejó con inmunomoduladores con buena respuesta.

Se obtuvo consentimiento informado para uso académico del caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La utilización de corticoides sistémicos en pacientes con psoriasis se encuentra ampliamente desaconsejada, dado su potencial para inducir exacerbaciones graves como la eritrodermia psoriásica pustulosa. Este caso ilustra las consecuencias clínicas de su uso inapropiado y subraya la necesidad de un enfoque terapéutico cuidadoso y basado en guías clínicas actualizadas. La presentación eritrodérmica requiere una evaluación integral, descartando diagnósticos diferenciales como dermatitis atópica severa, linfoma cutáneo de células T o reacciones farmacológicas severas. El tratamiento debe ser multidisciplinario, enfocado en estabilizar al paciente sistémicamente y considerar terapias inmunomoduladoras de primera línea.
PALABRAS CLAVE	Corticoesteroides, Dermatitis, Enfermedad Crónica
TÍTULO DEL TRABAJO	CANDIDIASIS ERITEMATOSA EN PACIENTE CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. REPORTE DE CASO:
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA	i) Odontología
AUTOR	Otero Abarca Olivia (1)
CO-AUTORES	Andrade Salazar Verónica (2), Rojas Medina Fernanda (3)
AFILIACIÓN	(1) Odontóloga EDF, Hospital Coelemu. (2) Odontóloga Especialista en Rehabilitación Oral, Hospital Coelemu. (3) Odontóloga EDF, Cefam San Rosendo
INTRODUCCIÓN	La candidiasis oral es una infección oportunista común en personas con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), siendo la forma eritematosa una de sus variantes clínicas. Se caracteriza por presentar áreas rojizas y dolorosas, especialmente en paladar y dorso de lengua. Su aparición está relacionada con la inmunosupresión,

particularmente en pacientes con recuentos de linfocitos T CD4 inferiores a 200 células/mm³.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenino de 39 años consulta por ardor en la lengua de 3 días de evolución. Al examen se observa en cara dorsal de la lengua una zona eritematosa, depapilada, de límites definidos, se indica tratamiento con nistatina por 10 días. Al control se observa lesión del mismo tamaño, señala no sentir mejoría, además se observan múltiples lesiones vesiculosas con base eritematosa en cara ventral de la lengua y límite mucocutáneo del labio inferior en etapa de costra lo que sugiere además presencia de lesiones herpéticas. La paciente indica tener VIH. Se deriva a atención secundaria para poder realizar los exámenes correspondientes, ya que se sospechaba de progresión de la enfermedad. Se indica tratamiento con fluconazol 100 mg/día por 2 semanas. La paciente entregó su consentimiento.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Un estudio realizado en Chile reportó que la candidiasis eritematosa fue la segunda forma más frecuente en pacientes VIH positivos, representando el 45% de los casos, con predilección por el dorso lingual. Además, se ha observado que la presencia de esta infección está asociada a niveles bajos de linfocitos T CD4 y puede indicar una progresión de la enfermedad. La candidiasis en pacientes con VIH es un indicador clínico significativo de inmunosupresión avanzada. Su diagnóstico temprano y tratamiento adecuado son esenciales para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente. La monitorización regular de la salud oral es crucial para la detección y manejo oportuno de estas infecciones.
PALABRAS CLAVE	Antifúngico, Candidiasis oral, Virus de la inmunodeficiencia humana
TÍTULO DEL TRABAJO	COSTILLA SUPERNUMERARIA CERVICAL EN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE AUMENTO DE VOLUMEN CERVICAL, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	CASO CLÍNICO (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Traumatología)
AUTOR	Ocampo Sepúlveda Javiera (1)
CO-AUTORES	Latorre Sanhueza Diego (2), Cabrera Stolzenbach Cyntia (1)

AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, CESFAM Dalcahue, Dalcahue (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. René Tapia Salgado, Castro
INTRODUCCIÓN	El estudio de un aumento de volumen cervical (AVC) es frecuente en atención primaria y presenta un desafío dado los variados diagnósticos diferenciales y la importancia de descartar patología maligna. El objetivo de este caso clínico es revisar el abordaje inicial de una masa cervical y considerar dentro del diagnóstico diferencial posibles causas congénitas tales como una costilla cervical (CC) supernumeraria.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Usuario de 21 años, sin antecedentes, consultó en posta de salud rural por un AVC izquierdo que nota posterior a una caída a nivel hace aproximadamente 5 años, con dolor temporal en la zona, sin cambios posteriores. Sin sintomatología asociada actualmente. Al examen físico se palpó en triángulo cervical posterior izquierdo un aumento de volumen duro de aproximadamente 3 centímetros, no móvil. Sin adenopatías ni nódulos tiroideos a la palpación. Se le solicitaron exámenes generales, que resultaron normales. Ecografía de partes blandas cervical: leves cambios inflamatorios de partes blandas región supraclavicular izquierda, de valor inespecífico. Radiografía cervical: Se observa CC supernumeraria izquierda con aparente consolidación patológica de fractura arco posterior con no unión. Hallazgo radiográfico coincide con hallazgos en el examen físico.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Si bien el 90% de los casos de CC son asintomáticos, es importante considerar el riesgo de complicaciones tales como opérculo cervicotorácico que podría generar compromiso vasculonervioso por compresión supraclavicular del plexo braquial, pudiendo generar cervicobraquialgia, parestesias y disminución de fuerza de la región tenar o compromiso de nervios ulnar y mediano. En caso de sospecha debe realizarse tomografía computada y electromiografía. Cabe destacar por lo tanto, la importancia en la educación al paciente sobre síntomas de alarma y el seguimiento. Si bien habitualmente, la imagen de elección para masa cervical suele ser la ecografía, en este caso la radiografía como parte del estudio fue clave para el diagnóstico.
PALABRAS CLAVE	Costilla Cervical, Masa cervical, Síndrome de opérculo torácico
TÍTULO DEL TRABAJO	COSTO-BENEFICIO DE BIOPSIAS EN CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA, EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL:

CLASE	Trabajo de investigación (TI).
CATEGORÍA	a) Medicina familiar
AUTOR	Varas Cabezas Gabriel (1)
AFILIACIÓN	(1): Médico General de Zona, CES Punitaqui, Punitaqui, Coquimbo
INTRODUCCIÓN	La cirugía menor es una herramienta que genera múltiples beneficios a la población beneficiaria, como menor tiempo de espera, menores costes de traslado, etc; sin embargo, en algunas ocasiones la evaluación clínica acuciosa no es suficiente para descartar malignidad. Es entonces, que se hace relevante la realización de biopsias en aquellas lesiones potencialmente malignas, aunque clínicamente no lo parezcan.
MATERIALES Y MÉTODOS	Y Se evaluaron los datos de 150 procedimientos realizados en el Centro de Salud Punitaqui, entre los años 2023 y 2024, con un total de 50 biopsias. Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron los registros clínicos de los procedimientos realizados. Los datos fueron tabulados y analizados en planilla excel, calculando tasa de malignidad, así como el número necesario de biopsias y el costo por caso de malignidad detectado.
RESULTADOS	Se observó una tasa de malignidad del 2% para biopsias realizadas. Considerando un costo unitario de biopsia en 35.850 pesos chilenos (CLP), el costo promedio por caso de malignidad detectada fue de 1.792.500 CLP, con un número necesario a biopsiar (NNB) de 50 procedimientos para pesquisar una lesión maligna.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Y Los hallazgos de este estudio son coherentes si nos remitimos a la literatura, donde la tasa de malignidad en contextos similares varía entre un 1-5% para procedimientos cutáneos ambulatorios. Este trabajo aporta evidencia en un contexto rural, donde si bien el costo por caso de malignidad parece ser elevado desde una perspectiva económica, mantiene una justificación clínica sólida, ya que constituyen un acceso oportuno para detectar malignidad, considerando el limitado acceso a especialistas por tiempos de espera, como lejanía del domicilio de los beneficiarios, pudiéndose pesquisar precozmente lesiones potencialmente graves y que podrían implicar mayores costos. Destacando que ante alta probabilidad de malignidad, la derivación a presencial con alta prioridad sigue siendo la principal indicación y usar la biopsia en atención primaria como herramienta complementaria.

PALABRAS CLAVE	Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios, Atención Primaria de Salud, Servicios de Salud Rural, Enfermedades de la Piel, Biopsia.
TÍTULO DEL TRABAJO	"COXALGIA PERSISTENTE EN LA ADULTEZ MAYOR: ABSCESO TROCANTERICO COMO MANIFESTACIÓN INUSUAL DE TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR:"
CLASE	h) Especialidades.
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Petermann Toledo Daniela (1)
CO-AUTORES	Cruz Gallardo Carmen (2), Schilling von Dessauer Maximilian (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, PSR Villa Amengual, Dirección Salud Rural, Lago Verde. Servicio de Salud Aysén. (2) Médico EDF, Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez, Chile Chico. Servicio de Salud Aysén. (3) Médico EDF, PSR Puerto Guadal, Hospital Lord Cochrane, Cochrane. Servicio de Salud Aysén.
INTRODUCCIÓN	La tuberculosis osteoarticular representa una forma extrapulmonar infrecuente de tuberculosis, pero con potencial de provocar daño estructural severo y discapacidad funcional si no se diagnostica y trata oportunamente . Su presentación clínica suele ser insidiosa y fácilmente confundible con patologías degenerativas comunes, especialmente en adultos mayores con comorbilidades, lo que retrasa su diagnóstico. La identificación precoz de estos casos no solo mejora el pronóstico funcional del paciente, sino que también reduce la transmisión y el impacto en salud pública .
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 82 años, nacida en 1942, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, consultó por coxalgia derecha y claudicación de un año de evolución, refractaria a tratamiento médico convencional. Al examen físico destacaba dolor a la palpación y movilización de cadera derecha, especialmente en rotación y abducción. Se constató la ausencia de cicatriz de vacuna bacilo de Calmette-Guérin (BCG), hecho relevante considerando que la vacuna se incorporó en el programa nacional de inmunizaciones en 1949. La radiografía de pelvis evidenció una lesión radiolúcida en el trocánter mayor derecho. Una resonancia nuclear magnética (RNM) permitió caracterizar la lesión como un absceso. Se realizó punción para estudio etiológico, cuyo análisis molecular por GenXpert fue positivo para

Mycobacterium tuberculosis. Ante este hallazgo, se inició tratamiento antituberculoso estándar, con buena respuesta clínica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso resalta la importancia de considerar la tuberculosis osteoarticular dentro del diagnóstico diferencial de coxalgia crónica, especialmente en pacientes adultos mayores con síntomas persistentes y hallazgos radiológicos atípicos. El uso de herramientas diagnósticas avanzadas, como la RNM y técnicas moleculares, permite una detección precoz, esencial para evitar secuelas irreversibles y disminuir la carga de enfermedad. La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública, y su manifestación extrapulmonar exige alta sospecha clínica para un abordaje oportuno y eficaz.
PALABRAS CLAVE	Mycobacterium tuberculosis, Tuberculosis osteoarticular, Tuberculosis Extrapulmonar.
TÍTULO DEL TRABAJO	CUANDO LA PIEL Y LA DEGLUCIÓN HABLAN. INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) COMO PRESENTACIÓN A CONSIDERAR:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Dermatología
AUTOR	Zagal Córdova Boris (1)
CO-AUTORES	Pino Quezada Ignacio(1), Jara Piñones Victoria (2),Jara Piñones Catalina (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Dr Arturo Baeza Goñi, Santiago (2) Médica General de Zona, Centro de Salud Familiar Vista Hermosa, Santiago (3) Alumna de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.
INTRODUCCIÓN	Las manifestaciones dermatológicas pueden constituir la primera evidencia clínica de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La pitiriasis rubra pilaris es una dermatosis infrecuente, de etiología desconocida, que en ciertos casos se ha asociado a estados de inmunosupresión, incluyendo la infección por VIH. Su presentación clínica puede confundirse con otras causas de eritrodermia, lo que retrasa el diagnóstico definitivo.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 44 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, consultó por cuadro cutáneo de tres meses de evolución, inicialmente interpretado

como “alergia”. Fue tratada de forma ambulatoria con antihistamínicos, corticoides orales y tópicos, sin remisión completa. El cuadro evolucionó con erupción eritematosa pruriginosa en cara, tronco y extremidades. Al examen físico se observaron pápulas foliculares hiperqueratósicas de aproximadamente 5 mm, dispuestas en áreas eritematosas con islas de piel respetada. No se evidenció queratodermia palmoplantar. En mucosa oral se sospechó candidiasis orofaríngea. Se planteó el diagnóstico diferencial entre pitiriasis rubra pilaris y eritrodermia de otra causa. Se solicitó test ELISA para VIH, resultando reactivo, confirmado posteriormente por el Instituto de Salud Pública (ISP). Se coordinó derivación a infectología e inició seguimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso subraya la importancia de considerar etiologías infecciosas, como el VIH, ante erupciones cutáneas atípicas de evolución subaguda o crónica. La pitiriasis rubra pilaris asociada a VIH es una variante infrecuente, pero relevante, cuya sospecha clínica en atención primaria puede guiar un diagnóstico oportuno. Se enfatiza la necesidad de integrar el estudio serológico del VIH dentro del enfoque diagnóstico de dermatosis atípicas o refractarias, especialmente cuando se acompañan de signos sistémicos o fallas terapéuticas.
PALABRAS CLAVE	Atención Primaria de Salud, Infecciones por VIH, Enfermedades de la Piel, Eritrodermia
TÍTULO DEL TRABAJO	CARCINOMATOSIS LINFANGÍTICA PULMONAR COMO ÚNICA PRESENTACIÓN INICIAL DE CÁNCER GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	B) Medicina Interna
AUTOR	Concha Parra Bruno (1)
CO-AUTORES	Chacana Bugueño Constanza(1), Díaz Pereira Tomás (1), Pérez Miranda Cristian (1).
TUTOR	Cataldo González Edgard (2)
AFILIACIÓN	(1): Estudiante de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile, Universidad de Chile, Santiago, Chile. (2): Médico Becado, Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN	La carcinomatosis linfangítica pulmonar (CLP) corresponde a invasión tumoral de vasos linfáticos pulmonares, considerándose un estado de malignidad con mal pronóstico. Su presentación clínica es disnea de esfuerzo progresiva, tos y se diagnostica con mayor frecuencia en autopsias que en biopsias. Corresponde a una complicación oncológica, que en raras ocasiones es parte del cuadro clínico inicial, por lo que se discute el desafío diagnóstico de CLP como primera manifestación.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 57 años, con antecedente de Índice-Paquetes-Año 40. En agosto 2024 presenta disnea progresiva hasta el reposo, tos seca, diaforesis nocturna, fiebre, baja de peso y anorexia. Examen físico: murmullo pulmonar disminuido, crépitos bibasales y sibilancias. Radiografía torácica: hiperinsuflación pulmonar, patrón lineal irregular bilateral, engrosamiento del septo y planos cisurales, motivo de hospitalización. Laboratorio: parámetros inflamatorios elevados; cultivos y biopsia de parénquima pulmonar sin hallazgos. Muestras de pulmón y ganglio paratraqueal derecho: infiltración por adenocarcinoma pobremente diferenciado con células en anillo de sello, sugerente de adenocarcinoma gástrico metastásico. Se inicia quimioterapia paliativa y una Tomografía por emisión de positrones, evidenciando CLP, carcinomatosis peritoneal y metástasis óseas. Hospitalizado en Sala con Cánula Nasal de Alto Flujo por dependencia clínica y contexto paliativo. Se solicita consentimiento informado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El diagnóstico de CLP es un desafío, dada su clínica sutil y pocas investigaciones al respecto. Por esto, es importante su sospecha al presentar disnea progresiva con patrón de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) sin otra causa conocida. Ante la sospecha, realizar una biopsia transbronquial o criobiopsia para confirmación diagnóstica. La CLP es una entidad subdiagnosticada, por lo que es importante considerar este diagnóstico en presencia de disnea progresiva con patrón de EPI para un tratamiento precoz. En este caso, un paciente masculino de 57 años con factores de riesgo, desarrolló síntomas graves que llevaron a la hospitalización prolongada, revelando CLP, quedando con quimioterapia paliativa.
PALABRAS CLAVE	Cáncer gástrico, Enfermedad Pulmonar Intersticial, Linfangitis.
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL COXIGODINIA PERSISTENTE POSTERIOR A QUISTE PILONIDAL RESUELTO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE	c) Pediatría y Cirugía Infantil
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Bezama Gattas Felipe (1)
CO-AUTORES	Mellado Riquelme Carol (2), Do Valle Monken Luiza (2), Schulten Solimano Katia (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Sergio Lagos Olave, Lota. (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Juan Cartes Arias, Lota.
INTRODUCCIÓN	El quiste pilonidal corresponde a un proceso inflamatorio en la región sacrococcígea, con presencia en la región interglútea de una o más depresiones o fositas de diámetro pequeño, puntiforme, por la que pueden emerger algunos pelos. El dolor en la zona puede ser intenso e invalidante. A continuación se presenta un caso de coxigodinia persistente a pesar de resolución completa de quiste pilonidal.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 12 años, sin antecedentes médicos. Acudió a urgencias por presentar dolor sacrocoxígeo, sin antecedentes de trauma. Se descartó patología quirúrgica aguda y pediátrica, fue dada de alta con orden de Ecotomografía Partes Blandas región sacrococcígea, la cual mostró “pequeño quiste pilonidal no complicado, 7x6mm”. Se derivó a especialista (cirugía infantil), quien no detectó quiste al examen físico, por lo que indicó tratamiento con Amoxicilina/Ácido Clavulánico y control con ecografía en 1 mes. Al control, nueva ecografía ya no mostró quiste pilonidal. A pesar de resolución hace aproximadamente 4 meses, con controles posteriores por traumatología con imágenes sin hallazgos patológicos, paciente persistió con coxigodinia, sin causa aparente. Se mantuvo con medidas generales y uso de cojín, con alivio parcial de los síntomas.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La coxigodinia puede ser un desafío de manejo para el clínico, considerando que muchas veces se presenta aunque no exista una causa subyacente evidente. En el caso presentado, donde inicialmente el dolor fue atribuido al quiste pilonidal, a pesar de su resolución completa la paciente persistió con dolor. En esos casos, las medidas generales y educación del paciente resultan claves, para disminuir el dolor en una zona que de por si es de difícil manejo.
PALABRAS CLAVE	Seno Pilonidal, Cóccix, Dolor Crónico

TÍTULO DEL TRABAJO	DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO Y EL ABORDAJE DE PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN LA ADULTEZ:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	González Ruiz Carol Andrea (1)
CO-AUTORES	Bustamante Moncayo José Fernando (2), Pastro Soto Monserrat Teresa (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cefam Lontué, Molina (2) Médico General, Cefam Lontué, Molina (3) Médico EDF El Loa
INTRODUCCIÓN	El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo que persiste a lo largo de toda la vida. Aunque su prevalencia en adultos es comparable a la observada en la infancia, su diagnóstico en este grupo etario sigue siendo complejo por factores como la heterogeneidad clínica, estereotipos sociales, desconocimiento profesional, y camuflaje de síntomas, requiriendo un enfoque clínico e interdisciplinario, lo que resultó fundamental para el diagnóstico de este caso.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 30 años en atenciones de salud mental (SM) de larga data por sintomatología ansiosa, autolesiones e ideación suicida, con escasa mejoría pese a variedad de esquemas farmacológicos. Víctima de bullying en etapa escolar. Nivel educacional universitario completo, con buen rendimiento, sin ejercer. Trabajo de temporera en periodos cortos por intensificación de síntomas. Consumo de tabaco y marihuana diaria. Inició atención nutricional, evidenciándose restricción alimentaria, presentando déficit de vitamina D y B12 e hipertrigliceridemia severa. Se sospechó TEA, realizándose entrevista dirigida, destacando aislamiento y dificultad en la interacción social, hiperreactividad a estímulos sensoriales (deseo de desollarse la piel, “sabor a mano” en comidas manipuladas); y rutinas estrictas con resistencia al cambio, dificultando las relaciones de pareja y laborales. Se observó camuflaje social, alexitimia, balanceo, inquietud psicomotora y posturas poco acordes como piernas cruzadas en flor de loto durante la atención. Por pérdida progresiva de funcionalidad, se presentó en consultoría psiquiátrica, donde se confirmó diagnóstico de TEA y trastorno de ansiedad generalizada. Usaria acepta firmar consentimiento informado para presentación de caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La evaluación por Nutricionista resultó clave para iniciar la sospecha diagnóstica, abriendo nuevas posibilidades de enfrentamiento clínico para la paciente. Por tanto, presentando este caso se desea recalcar la importancia del abordaje multidisciplinario en pacientes con patología de SM, además de considerar el TEA como diagnóstico diferencial en adulto con cuadro ansioso de evolución tórpida.
PALABRAS CLAVE	Atención Primaria de Salud, Grupo de Atención al Paciente, Trastorno del Espectro Autista, Trastorno del Neurodesarrollo
TÍTULO DEL TRABAJO	DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO Y EL ABORDAJE DE PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN LA ADULTEZ:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	González Ruiz Carol Andrea (1)
CO-AUTORES	Bustamante Moncayo José Fernando (2), Pastroján Soto Monserrat Teresa (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cefam Lontué, Molina (2) Médico General, Cefam Lontué, Molina (3) Médico EDF El Loa
INTRODUCCIÓN	El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo que persiste a lo largo de toda la vida. Aunque su prevalencia en adultos es comparable a la observada en la infancia, su diagnóstico en este grupo etario sigue siendo complejo por factores como la heterogeneidad clínica, estereotipos sociales, desconocimiento profesional, y camuflaje de síntomas, requiriendo un enfoque clínico e interdisciplinario, lo que resultó fundamental para el diagnóstico de este caso.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 30 años en atenciones de salud mental (SM) de larga data por sintomatología ansiosa, autolesiones e ideación suicida, con escasa mejoría pese a variedad de esquemas farmacológicos. Víctima de bullying en etapa escolar. Nivel educacional universitario completo, con buen rendimiento, sin ejercer. Trabajo de temporera en periodos cortos por intensificación de síntomas. Consumo de tabaco y marihuana diaria. Inició atención nutricional, evidenciándose restricción alimentaria, presentando déficit de vitamina D y B12 e hipertrigliceridemia severa. Se sospechó TEA, realizándose entrevista dirigida, destacando aislamiento y dificultad en la interacción social, hiperreactividad a estímulos sensoriales (deseo de desollarse la piel,

“sabor a mano” en comidas manipuladas); y rutinas estrictas con resistencia al cambio, dificultando las relaciones de pareja y laborales. Se observó camuflaje social, alexitimia, balanceo, inquietud psicomotora y posturas poco acordes como piernas cruzadas en flor de loto durante la atención. Por pérdida progresiva de funcionalidad, se presentó en consultoría psiquiátrica, donde se confirmó diagnóstico de TEA y trastorno de ansiedad generalizada. Usaria acepta firmar consentimiento informado para presentación de caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Y	La evaluación por Nutricionista resultó clave para iniciar la sospecha diagnóstica, abriendo nuevas posibilidades de enfrentamiento clínico para la paciente. Por tanto, presentando este caso se desea recalcar la importancia del abordaje multidisciplinario en pacientes con patología de SM, además de considerar el TEA como diagnóstico diferencial en adulto con cuadro ansioso de evolución tórpida.
PALABRAS CLAVE		Atención Primaria de Salud, Grupo de Atención al Paciente, Trastorno del Espectro Autista, Trastorno del Neurodesarrollo
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	SINTOMAS NEUROLÓGICOS FUNCIONALES, PARÁLISIS FACIAL CENTRAL COMO MANIFESTACIÓN SOMÁTICA DEL TRASTORNO ANSIOSO:
CLASE		Caso clínico (CC)
CATEGORÍA		h) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR		González Ruiz Carol Andrea (1)
CO-AUTORES		Bustamante Moncayo José Fernando (2), Zamorano Aguirre Daniela Ermelinda (3)
AFILIACIÓN		(1) Médico EDF, Cefam Lontué, Molina (2) Médico General, Cefam Lontué, Molina (3) Medico EDF CESFAM San Juan, Coquimbo.
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	SINTOMAS NEUROLÓGICOS FUNCIONALES, PARÁLISIS FACIAL CENTRAL COMO MANIFESTACIÓN SOMÁTICA DEL TRASTORNO ANSIOSO:
INTRODUCCIÓN		Los trastornos neurológicos funcionales, anteriormente denominados conversivos, son presentaciones frecuentes tanto en atención primaria (APS) como en el servicio de Urgencias (SU). Estas condiciones tienen un amplio abanico de síntomas neurológicos y frecuentemente se asocian a eventos estresantes o comorbilidad psiquiátrica. Presentamos el caso de una paciente joven con síntomas focales

simulando un accidente cerebrovascular (ACV), en contexto de distrés psicosocial y antecedente de trastorno ansioso.

PRESENTACIÓN DEL CASO Mujer de 26 años, fumadora activa, con antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2, dislipidemia y trastorno ansioso. Consultó por segunda vez por cefalea de predominio occipital, de 48 horas de evolución, previamente manejada en SU con analgésicos, asociada a desviación súbita de la comisura labial derecha, sin compromiso del sensorio. Al examen físico: pupilas isocóricas y reactivas, sin disartria ni déficit sensitivo, desviación de comisura labial sin compromiso de la musculatura facial superior, compatible con parálisis facial de origen central. Se derivó a SU del hospital de referencia para descarte de ACV. Durante la evaluación hospitalaria, se pesquió sintomatología ansiosa relevante por lo que se administraron ansiolíticos, presentando resolución espontánea del cuadro. Se estableció diagnóstico de trastorno de somatización, siendo derivada a salud mental (SM), donde detectaron antecedentes psicosociales relevantes (fallecimiento del padre en la adolescencia, madre policonsumidora, tío fallecido por suicidio), e identificaron factores actuales de estrés y sobrecarga del cuidador (suegra con demencia senil). Paciente se mantuvo en controles por SM, con recuperación de funcionalidad y estabilidad emocional. La paciente autoriza la presentación de su caso clínico con fines académicos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La parálisis facial central funcional es una presentación poco frecuente cuyo diagnóstico diferencial es una patología de alto riesgo. Una historia clínica detallada, que considere antecedentes psicosociales y síntomas emocionales, es clave para ofrecer un abordaje adecuado y oportuno desde APS en SM previo descarte de patología orgánica.

PALABRAS CLAVE Accidente Cerebrovascular, Parálisis Facial, Trastorno de Conversión

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La parálisis facial central funcional es una presentación poco frecuente cuyo diagnóstico diferencial es una patología de alto riesgo. Una historia clínica detallada, que considere antecedentes psicosociales y síntomas emocionales, es clave para ofrecer un abordaje adecuado y oportuno desde APS en SM previo descarte de patología orgánica.

PALABRAS CLAVE Accidente Cerebrovascular, Parálisis Facial, Trastorno de Conversión

TÍTULO DEL TRABAJO DELIRIO DE PARASITOSIS (SÍNDROME DE EKBOM), UN ENFRENTAMIENTO COMPLEJO:

CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	González Ruiz Carol Andrea (1)
CO-AUTORES	Bustamante Moncayo José Fernando (2), Pastro Soto, Monserrat Teresa (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF Lontué, Molina (2) Médico General, Cesfam Lontué, Molina (3) Médico EDF El Loa
INTRODUCCIÓN	El delirio de parasitosis es una condición psiquiátrica infrecuente cuyo síntoma principal es la idea delirante de estar infestado con organismos vivientes, generalmente asociado a alucinaciones táctiles y/o visuales, lo que ocasiona importante deterioro funcional. En este reporte de caso, se busca dar a conocer este síndrome a partir de un cuadro característico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 71 años, con antecedente de Hipertensión Arterial, Diabetes, dislipidemia e hipoacusia, presentó cuadro de 20 años de prurito anal, sensación de mordeduras al momento de defecar y de insectos que recorren su sangre, oídos y genitales. Policonsultante, estudiada múltiples veces con Examen Parasitológico Seriado de Deposiciones (EPSD), coprocultivo y test de Graham, siempre negativos, y ecografía transvaginal normal. En una ocasión, recibió tratamiento profiláctico con Albendazol. Refiere haber observado “bichos” como piojillos de gallina en zona genital, pero sin lograr capturarlos por tamaño pequeño. Lavado genital reiterado utilizando múltiples sustancias, algunas irritantes. Filtraba el agua mencionada, llevando una muestra para estudio a la atención. También llevó foto de papel higiénico con mucosidad y frasco donde “capturó” un ejemplar, constatándose una fibra de ropa en él. Lo anterior repercutió en funcionalidad y sociabilización por temor a contagiar, sintiéndose sola. Fue derivada a Salud Mental (SM), presentando sintomatología mixta y sugerente de deterioro cognitivo leve. Se inicia risperidona, que rechazó refiriendo “no estar loca”. Reconoce sintomatología ansiosa, más no delirante. Se realizó derivación a psiquiatría. Paciente aceptó firmar consentimiento informado para presentación de caso.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En estos casos, iniciar tratamiento psicofarmacológico al paciente resulta difícil, ya que rara vez consultan en primera instancia a SM y es rechazado debido al estigma asociado con las enfermedades mentales y por la firme creencia de estar parasitado. Por lo tanto, resulta

importante el manejo multidisciplinario y trabajar el vínculo Tratante-Paciente para abordar la patología teniendo en cuenta estas barreras.

PALABRAS CLAVE	Delirio de Parasitosis, Diagnóstico Diferencial, Trastornos Mentales.
TÍTULO DEL TRABAJO	ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON DERMATITIS ATÓPICA EN LACTANTE CON BAJO PESO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía Infantil
AUTOR	Catril Rozas Bastián (1)
CO-AUTORES	Núñez Palma Natalia (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Requinoa, Requinoa
INTRODUCCIÓN	La alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) es la reacción alimentaria más frecuente en la infancia, teniendo un cuadro clínico variado de manifestaciones dermatológicas, gastrointestinales y/o respiratorias, lo que implica un gran espectro de diagnósticos diferenciales.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de nacionalidad haitiana de 5 meses de edad, recién nacido de término. En seguimiento en Posta de Salud Rural por desnutrición, con mal incremento ponderal pese a uso de fórmula láctea. Con padres con escaso manejo de español, pero con buena adherencia a indicaciones. Consulta por cuadro de 3 meses de evolución de lesiones eritemato descamativas en mejillas, cuero cabelludo y zona extensora de extremidades. Con sospecha diagnóstica de dermatitis atópica, se indica tratamiento con medidas generales de cuidado de piel y uso de corticoides tópicos de baja potencia. Durante seguimiento con empeoramiento de cuadro, destacando lactante irritable, con aumento de tamaño de lesiones y extensión a región toraco-abdominal. Sin compromiso de zona del pañal, palmas o plantas, ni otro síntoma acompañante. Se solicitan exámenes de laboratorio, destacando hemograma con leucocitosis de 16.400 cel/mm ³ con presencia de eosinófilos 18%. Resto de parámetros hematológicos e inflamatorios en rangos normales, además de ácaro test negativo. Se presenta caso a servicio de pediatría de hospital de derivación, ingresando con diagnóstico de hipereosinofilia en estudio. Durante estadía con indicación de corticoides vía sistémica y cuidados estrictos

de piel. Dado antecedente de bajo peso, se decide iniciar alimentación con fórmula extensamente hidrolizada por sospecha de APLV. Paciente evoluciona favorablemente, siendo dado de alta para control ambulatorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La APLV puede manifestarse como un cuadro símil a una dermatitis atópica severa, aún en ausencia de la sintomatología gastrointestinal típica. La presencia concomitante de anemia, hipoalbuminemia y/o mal incremento ponderal, como en este caso, puede orientar a su diagnóstico.

PALABRAS CLAVE Alergia a la proteína de leche de vaca, Dermatitis atópica, Eosinofilia

TÍTULO DEL TRABAJO "Cáncer Ampular de difícil diagnóstico con técnicas endoscópicas: a propósito de un caso":

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA d) Cirugía

AUTOR Luis Medina Riffo (1)

CO-AUTORES Maria Barriga González (2)
Kendra Sehlke Levineri (3)
Daniela Pérez Blümel (4)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Cesfam Andrés Sandoval Calderon, Los Laureles
(2) Interna de medicina, Hospital regional de Rancagua, Universidad de Talca
(3) Interna de medicina, Hospital de Santa Cruz, Universidad de Talca
(4) Interna de medicina, Hospital de Linares, Universidad de Talca

INTRODUCCIÓN Los adenocarcinomas ampulares se definen como aquellos que surgen en la Ampolla hepatopancreática, distal a la confluencia del conducto biliar común distal y el conducto pancreático. Es una neoplasia maligna rara con una incidencia de 4 a 10 casos por millón de habitantes.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina de 70 años con antecedentes de lupus cutáneo, hipertensión arterial primaria, dislipidemia, artrosis, colecistectomizada. Presenta cuadro de larga data de dolor abdominal localizado en flanco derecho, laboratorio con ausencia de patrón colestásico. Scanner abdomen y pelvis con contraste informó dilatación de vía biliar 2.3 cm en colédoco suprapancreático, sin factor

obstructivo evidente. Se solicitó Colangiorensonancia que impresionó severa dilatación de vía biliar, con imagen nodular colédoco intrapancreático distal, que puede corresponder a pólipo o cálculo. Se realizó Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) con hallazgos de vía sumamente dilatada, sin imágenes sugerentes de lito en su interior. Posterior a papilotomía se aprecia tejido con cambio de patrón que podría corresponder a pólipo. Se tomó biopsia de tejido descrito que concluyó sin evidencias de neoplasia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Y	En cuanto al diagnóstico del adenocarcinoma ampular, la literatura establece como estudio inicial de elección la ERCP. Sin embargo, esta presenta alta tasa de falsos negativos (50%), insuficiente para excluir la presencia de malignidad en una lesión ampular. Siendo necesaria la búsqueda de otros métodos diagnósticos, como una ultrasonografía endoscópica (USE) que permite mejor visualización de la ampolla de Vater y estructuras vasculares peri pancreáticas. Indicada en lesiones ampulares ocasionales con biopsia negativa que presentan características endoscópicas dudosas de malignidad. Mediante esta técnica se puede realizar una punción aspirativa con aguja fina (PAAF) de la ampolla, papila y estructuras más profundas circundantes, incluyendo ganglios linfáticos locales, con una precisión de 89 %.		
PALABRAS CLAVE		Endoscópica; Endosonografía.		
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	USO DE TÉCNICA BILLROTH II EN ABDOMEN AGUDO SILENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO:		
CLASE		Caso Clínico		
CATEGORÍA		Caso d) Cirugía	clínico	(cc)
AUTOR		Molina Arias Romina (1)		
CO-AUTORES		Burgos Castro Díaz Rubilar Camilo (2)	Andrade Bustamante Cristobal	Abraham(2) (2)
AFILIACIÓN		1) Médico Cirujano, Hospital Provincial Dr. Rafael Avaria Valenzuela de Curanilahue, Chile 2) Interno de medicina, Universidad Andres Bello, Concepción, Chile.		
INTRODUCCIÓN		Las complicaciones graves de las úlceras gástricas, como la perforación o el sangrado, representan una urgencia quirúrgica frecuente. La técnica Billroth II, consiste en una anastomosis		

gastroeyunal tras resección del antro gástrico, lo cual permite restablecer el tránsito digestivo en dichos contextos. Aunque puede conllevar complicaciones funcionales, continúa siendo una alternativa válida ante escenarios clínicos complejos. Este caso clínico describe su aplicación en un paciente con úlcera perforada y colecistitis gangrenosa.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Varón de 72 años, con antecedente de daño hepático crónico por consumo de alcohol, sin etapificación previa. Consultó en diciembre de 2024 por dolor abdominal de 20 días, asociado a hematemesis, coluria e ictericia mucocutánea, sin signos de irritación peritoneal. Paciente es hospitalizado para estudio con endoscopia digestiva alta la cual evidenció una lesión anfractuosa, ulcerada y penetrante en píloro por lo que ingresa a laparotomía exploradora por cirugía digestiva. Durante la intervención se halló un plastrón inflamatorio que comprometía colon, antro gástrico, duodeno y vesícula biliar. Se evidenció perforación prepilórica de 3–4 cm y vesícula con bilis y pus, múltiples litiasis y paredes gangrenosas. Se realizó antrectomía, cierre del muñón duodenal y anastomosis tipo Billroth II con autosutura, seguida de colecistectomía. Posteriormente, fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos con signos de shock periférico (mottling grado 3 y llenado capilar de 8 segundos), iniciándose reanimación con fluidos y drogas vasoactivas.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La técnica Billroth II sigue siendo una opción quirúrgica eficaz en urgencias digestivas, especialmente cuando se requiere una solución anatómica rápida y funcional. Su aplicación permitió controlar una perforación gástrica extensa evidenciando su utilidad en contextos clínicos desafiantes. El abordaje oportuno y multidisciplinario fue clave para la estabilización del paciente.
PALABRAS CLAVE	Úlcera gástrica, Cirugía, Abdomen agudo
TÍTULO DEL TRABAJO	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN UN LACTANTE MAYOR, NO TODO ES INFECCIOSO.
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	Pediatría
AUTOR	Estay Paz Rocío Lisnery (1)

CO-AUTORES	Flores	Barahona	María	Paz	(2)
	Cifuentes	Durán	Agustín	Ignacio	(3)
	Castro Paz Danitza Yanira (4)				
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Santa Sabina, Concepción (2) Médico General de Zona, Hospital de Chanco, Chanco (3) Médico General de Zona, CESFAM Violeta Parra, Chillán (4) Médico General de Zona, CESFAM Alemania, Angol.				
INTRODUCCIÓN	La dificultad respiratoria en lactantes es común y puede deberse a causas infecciosas (60%), respiratorias (30%) o metabólicas (10%). Entre estas últimas, la cetoacidosis diabética (CAD) es una causa relevante, pero poco considerada. Aunque suele asociarse a la diabetes tipo 1, también puede ser la forma de presentación inicial de la tipo 2. Su diagnóstico en pediatría es un reto debido a síntomas inespecíficos, por lo que reconocerla a tiempo es fundamental para evitar complicaciones.				
PRESENTACIÓN DEL CASO	Lactante mayor, femenino, consultó por sensación febril y disnea de 2 días de evolución. Evaluado previamente en extrasistema, se diagnosticó bronquitis aguda y se trató con corticoides y broncodilatadores, sin embargo, persistió con disnea, por lo que padres deciden reconsultar. Al interrogatorio, se descartaron síntomas gastrointestinales. Al examen físico, usuario se encontraba somnoliento, taquipneico y con retracción subcostal, sin ruidos pulmonares agregados. Se solicita recuento globular, proteína C reactiva, procalcitonina y radiografía de tórax, arrojando parámetros inflamatorios bajos e hiperinsuflación pulmonar. Pese a nebulización con broncodilatadores, corticoides y apoyo de oxígeno, usuario no mejora, por lo que se deriva a centro terciario para mayor estudio. En hospital, se solicita glicemia, gases arteriales y betahidroxibutirato, con resultados compatibles con CAD.				
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En este caso, la manifestación principal de dificultad respiratoria llevó inicialmente a un abordaje infeccioso, lo cual es común dada la frecuencia de infecciones respiratorias en lactantes, sin embargo, ante cuadros respiratorios atípicos, especialmente cuando no hay correlación clínica o radiológica con una etiología pulmonar clara, es importante reconocer oportunamente los signos clínicos y bioquímicos que orientan a otra causa, tal como una alteración metabólica, específicamente una CAD, ya que el manejo y el pronóstico es completamente diferente al de una causa infecciosa.				

PALABRAS CLAVE	Cetoacidosis diabética, Pediatría, Síndrome de dificultad respiratoria
TÍTULO DEL TRABAJO	NÓDULO TIROIDEO COMO CAUSA DE AUMENTO DE VOLUMEN CERVICAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO:
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA	c) Pediatría y cirugía infantil
AUTOR	Alfaro Castillo, Cristian Enrique (1)
CO-AUTORES	Gonzalez Oppliger, Diego Ignacio (1), Faez Costa, Rocio Ignacia (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Barros Luco, San Miguel, Santiago. (2) Médica General de Zona, CESFAM San Joaquín, San Joaquín, Santiago.
INTRODUCCIÓN	predominantemente benigno, principalmente infeccioso-inflamatorio. La localización permite orientar al diagnóstico diferencial: en línea media, el quiste del conducto tirogloso es lo más común, aunque pueden hallarse linfadenopatías o nódulos tiroideos. Estos últimos requieren atención, debido a su mayor riesgo de malignidad en niños, con reportes de hasta 26% en casos operados. Su estudio inicial incluye ecografía y perfil hormonal, definiendo así la necesidad de estudio histopatológico. En Chile, se sigue el consenso de la Sociedad Chilena de Endocrinología, priorizando características ecográficas y tamaño para guiar el manejo clínico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Niña de 10 años consulta por aumento cervical de un mes de evolución, sin síntomas asociados ni antecedentes personales, familiares o exposición a radiación. Al examen, se observa masa en línea media desplazada a derecha, adherida a planos profundos, de 5x3 cm, que asciende con la protrusión lingual. Se sospecha quiste del conducto tirogloso y se solicita ecografía y perfil tiroideo. En estudio, se evidencia bocio asimétrico con nódulos tiroideos, el mayor de 4.5x2.3x4 cm hiperecogénico, ovalado y definido con Doppler periférico, clasificado TIRADS 3. Además, TSH elevada en 13.01. Se deriva a endocrinología pediátrica para evaluación especializada, por características ecográficas y tamaño mayor a 1.5 cm.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La aproximación clínica permite valorar inicialmente la necesidad de estudio ante masas cervicales. Los hallazgos varían según las estructuras anatómicas de la región. El nódulo tiroideo como diagnóstico diferencial es relevante en edad pediátrica. Aunque poco frecuente, su hallazgo y características imagenológicas deben orientar a seguimiento o derivación, dada la mayor frecuencia de neoplasias malignas en niños respecto a adultos. Para ello, deben aplicarse los criterios actuales que guían el manejo, especialmente por médicos no especialistas en atención primaria.
PALABRAS CLAVE	Nódulo Tiroideo, Neoplasias de Cabeza y Cuello, Endocrinología
TÍTULO DEL TRABAJO	Síndrome de Gerstmann. Una localización atípica: a propósito de un caso
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	g) Neurología
AUTOR	Parada Hill Franko (1).
CO-AUTORES	Pérez Munita Fernanda (1). Rafaela Loyola Vidal(2). Lizama Peña Nicol (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Mulchén, Mulchén (2) Médica Cirujana, Hospital de Mulchén
INTRODUCCIÓN	El síndrome de Gerstmann es una tétrada clínica que está asociado con lesiones típicamente en lóbulo parietal izquierdo, se caracteriza por la presencia de agnosia digital, agrafia, acalculia y desorientación derecha izquierda. Se presenta un caso de un paciente masculino evaluado en un servicio de baja complejidad en donde se logra derivar a un servicio de mayor complejidad para completar estudio en donde se evidencia una localización atípica para el Síndrome de Gerstmann.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino 64 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con losartan. Ingresa al hospital de mulchén por cuadro de 12 horas de evolución de hemiparesia derecha asociado a visión borrosa y cefalea. Ingres a hipertensión 210/120 al examen neurológico se pesquisa hemiparesia faciobraquiocrural derecha. Se deriva a hospital base en donde neurología constata alteración de lateralidad, atención alterada, agnosia digital, acalculia, agrafia, hemiparesia braquiocrural m4 derecha y hemihipoestesia del mismo lado. Se realiza Tomografía computada que evidencia hemorragia intracerebral tálamo casual izquierda. Paciente se hospitaliza para

estudio y neurorehabilitación. Evoluciona de forma favorable luego de 11 días de estancia hospitalaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El síndrome de Gerstmann o síndrome angular suele presentarse de forma incompleta o asociarse con otros síntomas cognitivos como la alexia y afasia y suele asociarse a lesiones en la corteza parietal izquierda. Este caso tiene la tétada clásica pero con una localización de la lesión poco común en donde el examen neurológico toma relevancia para la objetivación del síndrome clínico. En conclusión, este caso ilustra la importancia del examen neurológico en la identificación y manejo del síndrome de Gerstmann, especialmente en entornos hospitalarios con recursos limitados, destacando la complejidad en su diagnóstico.

PALABRAS CLAVE Síndrome de Gerstmann. Hemorragia Cerebral. Neuroimagen. Neurología

TÍTULO DEL TRABAJO Linfangioleiomiomatosis pulmonar, a propósito de un caso.

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina interna

AUTOR Loo Valdés Francisco (1)

CO-AUTORES Delannays Hernandez Bastián (1), Fritis Fritis Gianfranco (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Peñaflor, Peñaflor

INTRODUCCIÓN La Linfangioleiomiomatosis pulmonar (LAM) es una enfermedad rara y progresiva caracterizada por el crecimiento anómalo de células musculares lisas en vasos linfáticos, sanguíneos y vía aérea. Esta patología afecta principalmente a mujeres jóvenes en edad fértil, tiene un fuerte componente genético, relacionado con la mutación de genes TSC1 y TSC2, que activan de manera anormal la vía mTOR, promoviendo el crecimiento de células LAM. Los síntomas de LAM pueden variar desde cuadros asintomáticos hasta graves alteraciones en el intercambio gaseoso. El diagnóstico de LAM es complejo debido a la variabilidad de su presentación clínica, por lo que es fundamental realizar estudios complementarios como la Tomografía Computarizada (TC) de tórax, junto con la medición de niveles del factor de crecimiento endotelial vascular-D en sangre. Esta combinación permite confirmar el

diagnóstico y guiar el tratamiento adecuado para controlar los síntomas y prevenir la progresión de la enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 77 años, con cuadro clínico persistente de tos seca asociado a disnea de grandes esfuerzos. Con espirometría normal. Sin mejoría clínica con uso de complementario con TC de Tórax con hallazgo de quistes bilaterales sugerentes de LAM. Debido a alta sospecha diagnóstica se solicita seguimiento por especialidad.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El pronóstico de los pacientes depende del diagnóstico temprano. El tratamiento se enfoca en controlar síntomas y frenar la progresión de la enfermedad. Los inhibidores de mTOR, como el Sirolimus, han mostrado ser efectivos en la estabilización de la función pulmonar y en la mejora de la calidad de vida. Dado que la LAM es poco frecuente y sus síntomas pueden confundirse con otras patologías respiratorias como el asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, es esencial que los profesionales de atención primaria deriven rápidamente a los pacientes con sospecha de LAM a centros especializados.
PALABRAS CLAVE	Disnea. Tomografía computarizada. Tos crónica.
TÍTULO DEL TRABAJO	ENFRENTAMIENTO DOLOR GENERALIZADO LIMITANTE EN ADULTO MAYOR, SÍNTOMA COMÚN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Palma Montero, Constanza (1)
CO-AUTORES	Villatoro Briceño, Tamara (2), Garrido Escárate, Bárbara (3).
AFILIACIÓN	(1)Médico General de Zona, CESFAM Diputado Manuel Bustos Huerta, San Antonio, Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (2)Médico General de Zona, CESFAM Diputado Manuel Bustos Huerta, San Antonio, Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (3)Médico General de Zona, CESFAM Diputado Manuel Bustos Huerta, San Antonio, Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio

INTRODUCCIÓN	El dolor en adultos mayores (AM) es prevalente e infravalorado, generando altos costos personales y sociales. Sufren mayor incidencia patologías dolorosas (sobre 50%), necesitando estrategias de evaluación y manejo adecuadas para mejorar calidad de vida. consecuencia pérdida independencia funcional, aumento ansiedad y depresión, alteración sueño, etc. El objetivo de este reporte es ampliar conocimientos en diagnóstico diferencial dolor generalizado en Atención Primaria de Salud (APS).
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino 69 años, antecedentes hipertensión arterial y gonartrosis bilateral, consultó por un mes de dolor generalizado, mayormente tren superior e inferior, intermitente, predominio nocturno despertando por dolor y limitando calidad de vida, sin astenia ni rigidez articular, sin baja de peso, sin cefalea ni otros síntomas. Examen físico sin alteraciones. En laboratorio destacó microcitosis sin anemia, velocidad eritrosedimentación (VHS) 75; creatinquinasa, proteínas, albúmina, calcio y fósforo normal. Ante alteraciones se plantea posible patología reumatológica, se deriva a especialista quien diagnostica Polimialgia Reumática (PMR) e inicia tratamiento Prednisona 15 mg, al día 2 de tratamiento mejora considerablemente dolor, manteniendo dosis por 2 meses con disminución progresiva hasta 5 mg de mantención. Actualmente paciente sin dolor con mejoría considerable calidad de vida.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En Chile la consulta reumatología en APS abarca 10-20%, con escasa disponibilidad reumatólogos, 300 especialistas para lista de espera de 35.152 casos 2023 no incluidos en garantías explícitas de salud. Cobra importancia la capacitación de médicos APS en enfrentamiento y manejo inicial de enfermedades reumatológicas, siendo principal motivo de consulta dolor crónico musculoesquelético. El 90% de los casos de PMR afecta mayores de 60 años. Los síntomas duran al menos un mes y suelen presentar anemia, con VHS superior 40 mm/hora. Presenta buen pronóstico y respuesta a dosis bajas de corticoides, siendo importante que médicos de APS conozcan su diagnóstico y tratamiento.
PALABRAS CLAVE	Atención Primaria de Salud, Dolor, mialgia, reumatología,
TÍTULO DEL TRABAJO	TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMITROFE COMO ALTERNATIVA DIAGNOSTICA EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD RURAL:
CLASE	Caso clínico (CC)

CATEGORÍA	h) Especialidades: (Psiquiatría)
AUTOR	Alarcon Gayosa Sebastian (1)
CO-AUTORES	Pool Muñoz Hugo (2), Peñailillo Valdés Rocío (3), Carter Álvarez, Javiera (4)
AFILIACIÓN	(1) (2) (3) (4) Médico en Etapa de Destinación y Formación (EDF) Cefam Bahía Mansa, San Juan de la Costa, Provincia de Osorno, Región de Los Lagos.
INTRODUCCIÓN	El trastorno de personalidad limítrofe (TPL) suele compartir sintomatología con muchos otros trastornos de la salud mental que se manejan frecuentemente en la atención primaria de salud (APS), es por esto que es fundamental conocer los elementos que lo caracterizan: tales como tener patrones inestables de relaciones interpersonales, autoimagen y de los afectos, y una impulsividad intensa. Identificar de forma acuciosa estos elementos es el desafío para los médicos de APS para determinar un diagnóstico y tratamiento acertado al paciente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 23 años con estudio universitario incompleto, actualmente trabaja como supervisor en muelle costero, ingresa a programa de salud mental a los 15 años por trastorno de conducta alimentaria en donde se identifica episodios de bullying y familia poco contenedora. Durante su adolescencia muestra poco interés en las relaciones interpersonales y evita confrontaciones, con estados de hiperarousal en actividades cotidianas, desarrolla dinámicas de pareja violentas, con consumo de alcohol que potencia conductas poco reguladas que lo lleva a un intento suicida durante el año 2023, se sospecha de episodio depresivo y posteriormente trastorno de ansiedad generalizada, recibiendo psicoterapia y tratamiento farmacológico con distintos antidepresivos, sumado además con quetiapina 25 miligramos y clonazepam 10 miligramo, se presenta finalmente caso a consultoría por mala respuesta a tratamiento planteando diagnóstico finalmente de trastorno de personalidad limítrofe.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El TPL es un diagnóstico cada vez más frecuente de encontrar en APS y conlleva una complejidad mayor al momento de su tratamiento. En el caso presentado el paciente pasó por múltiples diagnósticos desde el 2023, llegando después de 3 años al diagnóstico actual de TPL, es por esto que conocer los criterios clínicos de esta patología nos ayudara a reconocer de forma precoz este trastorno y nos llevara a mejorar el enfoque terapéutico del paciente.

PALABRAS CLAVE	Atención primaria de salud, Rural, Trastorno de personalidad limítrofe
TÍTULO DEL TRABAJO	CEFALEA UNA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	g) Neurología
AUTOR	Álamos Castillo Thiare (1)
CO-AUTORES	Acuña López Sara (1), Narbona Tapia Sergio (1), Faúndez Soto Constanza (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Clorinda Avello Santa Juana
INTRODUCCIÓN	La trombosis venosa cerebral es una rara forma de evento vascular, cuya incidencia es del 1,5-2%. Su presentación clínica es variable e inespecífica, dependiendo de factores como la localización y extensión de la lesión, la edad y comorbilidades. Entre los senos venosos más frecuentemente involucrados están: seno sagital superior, transverso, recto y venas corticales. La cefalea es el síntoma principal (70-90%), seguida de convulsiones, edema de papila, déficit focales, afasia, alteración de conciencia y coma. El diagnóstico se basa en imágenes como escáner o resonancia con contraste.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 24 años, sin antecedentes mórbidos, usuaria de anticonceptivos orales. Consulta por cefalea frontal derecha de inicio súbito de una semana de evolución, refractaria a analgesia con aines. Reconsulta por mismo síntomas tres veces, sin mejoría. En la quinta consulta refiere haber presentado paresia e hipoestesia progresiva en extremidad superior izquierda, con extensión a región cervical y facial ipsilateral, de cinco minutos de duración. Al examen físico: vigil, orientada, sin disartria ni afasia, mínima paresia facial central izquierda, resto del examen neurológico normal. Se realiza angiotomografía computarizada de cerebro y cuello, que muestra trombosis no oclusiva del seno sagital superior. Evoluciona favorablemente durante la hospitalización, sin focalidad ni signos de hipertensión endocraneana. Se inicia heparina de bajo peso molecular con buena respuesta. Laboratorio sin alteraciones. Se suspenden anticonceptivos orales.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Las causas de trombosis venosa cerebral más frecuente es la hipercoagulabilidad asociado a factores hormonales: embarazo, puerperio y anticonceptivos orales. Su diagnóstico es complejo por la

inespecificidad clínica. En este caso, la cefalea sin déficit inicial retraso el diagnóstico. Las imágenes son fundamentales. Se debe considerar trombosis venosa cerebral como diagnóstico diferencial en mujeres jóvenes con cefalea inusual y uso de anticonceptivos, ya que el tratamiento precoz mejora el pronóstico.

PALABRAS CLAVE	Anticonceptivos orales, Cefalea, Trombosis cerebral
TÍTULO DEL TRABAJO	HEMATOMA SUBCAPSULAR RENAL ESPONTÁNEO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN SÍNDROME DE WÜNDERLICH
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Contreras Brandt Francisco (1)
CO-AUTORES	Meza Chevecich Claudia (1), Rojas Cayo Luis (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Pitrufquén, Pitrufquén
INTRODUCCIÓN	La aortitis es una entidad infrecuente caracterizada por inflamación de la pared aórtica, secundaria a vasculitis, infecciones o neoplasias. Generalmente es un hallazgo incidental, requiriendo un alto índice de sospecha, especialmente ante reactantes inflamatorios elevados sin foco claro. Se presenta este caso en que destaca el hallazgo incidental de aortitis en contexto de trombosis venosa profunda extensa, con el objetivo de resaltar la importancia de su detección oportuna.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 71 años, con comorbilidades crónicas compensadas, consultó por aumento de volumen y dolor progresivo en la extremidad inferior izquierda de tres días de evolución. Al examen físico destacó edema desde el muslo hasta el pie, con signos clínicos de trombosis venosa profunda (TVP). Se realizó angiotomografía axial computarizada (angioTAC), evidenciando trombosis venosa extensa desde la vena ilíaca común izquierda. En el contexto de elevación de proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VHS) sin foco infeccioso o neoplásico, se solicitó tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis (TAC TAP), que reveló 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, posteriormente se realizó transición a acenocumarol, con buena evolución clínica. Se solicitó estudio inmunológico por sospecha de vasculitis de grandes vasos, en curso. El paciente evolucionó favorablemente y se otorgó alta con seguimiento ambulatorio por Medicina Interna. Se obtuvo consentimiento informado para la publicación del caso clínico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso ilustra el hallazgo incidental de aortitis durante el estudio de una TVP extensa, en un paciente sin síntomas sistémicos. La asociación de reactantes elevados sin foco evidente debe alertar sobre causas inflamatorias subyacentes. El diagnóstico precoz orienta el estudio inmunológico y previene complicaciones como aneurismas o disección aórtica.

PALABRAS CLAVE Aortitis, Trombosis de la Vena, Vasculitis

TÍTULO DEL TRABAJO LINFADENITIS MESENTÉRICA UNA CAUSA INUSUAL DE DOLOR ABDOMINAL EN EL ADULTO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA d) Cirugía

AUTOR Rosas Rojas Bárbara (1)

CO-AUTORES Salazar Mejías Ángela (1), Bermont Portilla Constanza (1), Avello Díaz Hugo (1).

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Curepto, Curepto.

INTRODUCCIÓN La linfadenitis mesentérica (LM) es una inflamación de los linfonodos mesentéricos, ya sea primaria si no hay causa identificable, o secundaria si se asocia a otra inflamación. Hay escasa literatura de este cuadro en los adultos, presentándose más frecuentemente en población pediátrica. El presente caso clínico tiene por objetivo exponer una causa infrecuente de dolor abdominal en adulto y su manejo, previo descarte de otras patologías de abdomen agudo.

PRESENTACIÓN DEL CASO Femenina de 27 años, sana, antecedentes de 1 cesárea. Acudió a urgencias por cuadro de 7 días de evolución caracterizado por náuseas, vómitos profusos, diarrea y dolor en hemiabdomen inferior. Consultó en otros centros de urgencia, se diagnosticó gastroenteritis aguda con manejo sintomático fracasado. Por persistencia de

abundantes vómitos y dolor agudo intenso, se realizó tomografía de abdomen y pelvis que informó pequeñas adenopatías y linfonodos prominentes en el mesenterio, que pudiesen corresponder a LM, con escaso líquido peritoneal. En los exámenes destacaban elevación de parámetros inflamatorios e hipokalemia leve. Se manejó con antieméticos, analgesia, corrección hidroelectrolítica y se da de alta. Reconsulta 2 veces por refractariedad de emesis cuantiosa, dolor y deshidratación, hospitalizándose para terapia de soporte con buena respuesta. Dado diagnóstico infrecuente en adultos se solicita consentimiento informado para exposición.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La LM es una inflamación de los ganglios del mesenterio, que por la ubicación puede simular una apendicitis aguda o intususcepción. El diagnóstico es por descarte y se basa en ecografía o tomografía, observándose tres o más ganglios mayores de 8 milímetros. El tratamiento de la forma primaria es conservador y suele resolverse en 2 a 4 semanas. Lo relevante de este caso es la presentación en adultos, la prevalencia no está claramente establecida en la literatura médica por lo infrecuente, y cuando se detecta se deben descartar otras condiciones inflamatorias subyacentes.		
PALABRAS CLAVE	Diagnóstico, Dolor Abdominal, Linfadenitis Mesentérica		
TÍTULO DEL TRABAJO	CUANDO EL CONTROL DE RUTINA NO ES RUTINARIO: PESQUISA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA EN FASE CRÓNICA		
CLASE	Caso clínico (cc)		
CATEGORÍA	b) Medicina Interna		
AUTOR	Alcota Tapia Rodrigo (1)		
CO-AUTORES	Astudillo	López	Valentina (2)
	Iribarren Areco Manuel (3)		
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cefam Raúl Sánchez Bañados, La Ligua (2) Médico General de Zona, Cefam Ignacio Domeyko, Santiago (3) Médico General de Zona, Consultorio Las Ventanas, Puchuncavi		
INTRODUCCIÓN	En atención primaria, la pesquisa de patologías graves muchas veces ocurre en medio de controles aparentemente rutinarios. El diagnóstico oportuno de síndromes mieloproliferativos representa un desafío cuando existen comorbilidades, síntomas inespecíficos y barreras en la comprensión del proceso diagnóstico. Este caso muestra cómo la sospecha clínica y el análisis adecuado de exámenes pueden cambiar		

el curso de una enfermedad potencialmente fatal.

PRESENTACIÓN DEL CASO Mujer de 52 años con antecedentes de hipertensión, diabetes tipo 2, dislipidemia, tabaquismo y seguimiento oncológico por neoplasia anexial izquierda. Derivada desde enfermería por leucocitosis ($99.000/\text{mm}^3$) en control de salud. Refiere astenia, adinamia y episodios de febrícula nocturna con sudoración intensa. Niega pérdida de peso; ha aumentado 5 kg en los últimos meses. El hemograma muestra desviación a izquierda con predominio de formas inmaduras: mielocitos 15%, juveniles 7%, baciliformes 13%, blastos 1%, basofilia 3% y eosinofilia 5%. El frotis revela células mieloides inmaduras con relación núcleo/citoplasma aumentada, cromatina laxa y presencia de nucléolos. Hallazgos compatibles con Leucemia Mieloide Crónica (LMC) en fase crónica. Se deriva a hematología para confirmación diagnóstica

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso destaca el rol fundamental de la atención primaria en la detección precoz de enfermedades oncohematológicas. A través de un control habitual, se pesqu coastó una LMC, permitiendo su derivación oportuna para diagnóstico y tratamiento. Destaca la importancia de una mirada clínica integral, la coordinación entre niveles asistenciales y el valor de herramientas básicas como el hemograma y el frotis. Al tratarse de una patología GES (Garantía explícita en salud), se asegura acceso a tratamiento y seguimiento especializado, mejorando el pronóstico y calidad de vida de la paciente.

PALABRAS CLAVE Atención Primaria de Salud, Comorbilidad, Diagnóstico Precoz, Leucemia Mieloide de Fase Crónica, Niveles de Atención de Salud.

TÍTULO DEL TRABAJO COMORBILIDAD PSICOPATOLÓGICA ASOCIADA A SÍNDROME DE TOURETTE EN ADOLESCENTES: REPORTE DE UN CASO

CLASE h) Especialidades (Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia).

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR (1) Sáez Salazar Javiera

CO-AUTORES (2) Castro Paz Danitza (3) Arce Olave Carola (4) Ortiz Cartes María

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Alemania, Angol
(2) Médico General de Zona, CESFAM Alemania, Angol

(3) Médico General de Zona, Hospital de Collipulli, Collipulli (4) Médico General de Zona CESFAM Los Sauces, Los Sauces

INTRODUCCIÓN	El síndrome de Tourette es un trastorno del neurodesarrollo que se inicia en la infancia, se caracteriza por movimientos involuntarios (tics motores) y vocalizaciones (tics fónicos). Se estima una prevalencia entre el 0,3 % y el 0,9 % en escolares (4 a 18 años) y entre el 0,002 % y el 0,08 % en adultos. Se presenta con mayor frecuencia en varones, con una proporción de 4:1. Suele ir acompañado de trastornos de conducta, comportamiento obsesivo-compulsivo, trastornos por déficit de atención (TDAH), trastorno depresivo mayor y sintomatología ansiosa.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 13 años de edad, consulta junto a su madre dado cuadro clínico caracterizado por presencia de tics motores y verbales. Inició con pestañeo constante, luego evoluciona con movimientos involuntarios de extremidades, a lo que se suma tics cervicales y tics verbales donde dice improperios o disilabos como "aa". Además, comienza con alteraciones conductuales, bajo rendimiento escolar, se distrae con facilidad, es conversador, inquieto, no obedece órdenes. madre lo describe como impulsivo. Actualmente comienza con autoagresiones cuando está muy nervioso, ejemplifican con rasguños profundos que se realiza en abdomen mientras compete atletismo. Dado antecedentes descritos se sospecha Síndrome de Tourette, asociado a cuadros psicopatológicos de TDAH, trastorno de conducta y sintomatología ansiosa severa. Se deriva a especialidad para apoyo diagnóstico y farmacológico, manteniéndose en CESFAM con apoyo de equipo multidisciplinario.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El síndrome de Tourette puro se presenta solo en una minoría (12-13,5%) de los casos. El TDAH, los trastornos de conducta obsesivo-compulsivos, el trastorno depresivo mayor y sintomatología ansiosa son comunes en estos pacientes. Es por ello, que frente a la sospecha diagnóstica, resulta fundamental el indagar de manera dirigida sobre sintomatología sugerente de alguna comorbilidad psicopatológica o del neurodesarrollo, donde muchas veces, debemos consultar con familiares, amistades, profesores, etc. para realizar un abordaje completo del cuadro clínico.
PALABRAS CLAVE	Síndrome de Tourette, Trastornos conductuales, Trastorno por déficit de atención.
TÍTULO DEL TRABAJO	PARÁLISIS PERIÓDICA HIPOPOTASÉMICA TIROTÓXICA Y SUS DIFERENCIALES, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Rivera Santos José Antonio (1)
CO-AUTORES	Garib Duncan Camila Paz (1), Wenz Kassis María José (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Río Bueno, Río Bueno (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr Alfredo Gantz Mann, La Unión
INTRODUCCIÓN	La parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica (PPHT) es una complicación neuromuscular de la tirotoxicosis, caracterizada por hipokalemia, hipertiroidismo y parálisis, afectando mayormente la musculatura proximal de extremidades inferiores. Es un diagnóstico poco frecuente, pero su importancia en el ámbito hospitalario radica en sus diagnósticos diferenciales y gravedad.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta el caso de un paciente masculino de 19 años sin antecedentes. Consultó en urgencias por debilidad de extremidades inferiores de un día de evolución tras ejercicio físico intenso. Se encontró normotenso, normocárdico y afebril. En el examen físico destacó fuerza M5 en extremidades superiores y M2 en inferiores, con reflejos osteotendíneos conservados y reflejo plantar flexor bilateral. Los exámenes de laboratorio revelaron un potasio de 1.5 mEq/L, Creatinquinasa total (CKT) de 1934 U/L y alteraciones en las enzimas hepáticas. En el ECG destacó inversión onda T en toda la pared anterior, onda U prominente y QTc 490 ms. Se hospitalizó para completar estudio y tratamiento. No se presentaron alteraciones en el equilibrio ácido-base, trastornos del fósforo o calcio ni función renal. Se observó una TSH <0.005 UI/ml. El paciente respondió favorablemente al tratamiento con potasio endovenoso, logrando una pronta mejoría y normalización de los niveles séricos. Se mantiene en seguimiento por endocrinología ambulatoriamente, aún en estudio etiológico de su hipertiroidismo.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La aparición de paresia posterior a ejercicio intenso y elevación de CKT sugiere rabdomiólisis, sin embargo la diferencia principal con la PPHT es la presencia de hipokalemia y tirotoxicosis presente. La PPHT se basa en un estado hipertiroideo, con exceso en la actividad de la bomba sodio/potasio ATPasa, con episodios que varían en frecuencia y duración, usualmente desencadenados por peaks de adrenalina o insulina. Es importante la sospecha clínica entre sus diferenciales, especialmente en lugares con poco recurso diagnósticos

PALABRAS CLAVE	Hipertiroidismo, Parálisis Periódica Hipopotasémica, Tirotoxicosis.
TÍTULO DEL TRABAJO	DEDO EN GATILLO COMO COMPLICACIÓN POTENCIAL TRAS CIRUGÍA DE TÚNEL CARPIANO, REPORTE DE CASO:
CLASE	Traumatología
CATEGORÍA	Caso clínico.
AUTOR	(1)Cruz Arzola Fernanda.
CO-AUTORES	(2)Enríquez Heredia Rodrigo, (2) Sbarbaro Arias Daniella
AFILIACIÓN	(1)Médico General de Zona CESFAM Los Volcanes, Chillán. (2)Médico Generale de Zona Hospital de Bulnes, Bulnes. (2)Médico Generale de Zona Hospital de Bulnes, Bulnes.
INTRODUCCIÓN	El síndrome del túnel carpiano (STC) y el dedo en gatillo son condiciones comunes que a menudo coexisten, aunque su relación no está clara aún. Si bien la cirugía de STC es un procedimiento frecuente y simple, el desarrollo de dedo en gatillo post-cirugía es una complicación posible. Este caso clínico reporta una paciente que desarrolló una tenosinovitis estenosante sintomática luego de la cirugía de túnel carpiano bilateral, destacando la importancia de considerar esta complicación.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 61 años, con antecedente de cirugía de túnel carpiano bilateral de un año de evolución, consulta por dolor y limitación funcional en la mano derecha de varias semanas. Refiere dolor a la flexión y extensión del pulgar, así como sensación de bloqueo y leve edema de articulación interfalángica distal. Al examen físico, se evidencia dedo en gatillo en el pulgar y tercer dedo de la mano derecha, y también compromiso de tercer dedo de la mano izquierda y signo de Finkelstein positivo.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El dedo en gatillo puede ocurrir después de la cirugía de liberación del túnel carpiano, con una incidencia variable reportada en la literatura (5.2% a 31.7% en un análisis de 8 estudios). El pulgar es uno de los dedos más comúnmente afectados. Si bien la patogénesis exacta no está clara, se han propuesto teorías como alteraciones biomecánicas y edema postoperatorio. Este caso apoya la necesidad de informar a los pacientes sobre el riesgo de desarrollar dedo en gatillo después de la cirugía de túnel carpiano y destaca la importancia del seguimiento de los paciente para detectar esta complicación o comorbilidad.

PALABRAS CLAVE	Complicaciones Postoperatorias, Síndrome del Túnel Carpiano, Tenosinovitis.
TÍTULO DEL TRABAJO	CEFALEA EN INMUNOCOMPROMETIDA. PRESENTACIÓN DE MENINGOENCEFALITIS POR VIRUS VARICELA-ZÓSTER. REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Sobarzo Villarroel Paolo (1)
CO-AUTORES	Nicola Astorga María Franca (1), Torres Lara Verónica (1), Cubillos Bravo Amparo (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Hospital Dr. Mario Sánchez Vergara, La Calera.
INTRODUCCIÓN	El Virus Varicela Zoster (VVZ) es un alfaherpesvirus neurotrópico que primariamente causa varicela y posteriormente permanece latente en los ganglios de la raíz dorsal, presentando reactivaciones cutáneas como Herpes Zóster o neurológicas como meningoencefalitis, siendo esta última más común en el huésped inmunocomprometido. El siguiente reporte de caso tiene por objetivo analizar la presentación clínica y el manejo empírico de esta patología.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina de 54 años con antecedente de artritis reumatoidea en terapia corticoidal y agente inmunosupresor, presentó 3 días de evolución de compromiso del estado general, cefalea holocránea, vómitos y náuseas, consultando en extrasistema con manejo sintomático. Evolucionó con desorientación, somnolencia, alteración conductual y del habla, por lo que consultó en el servicio de urgencias. Al examen físico de urgencia destacó taquicárdica, afebril, normoglicémica, Glasgow 13, lesiones herpetiformes en dermatoma T4 y rigidez nuchal, sin signos focales. En la Tomografía computada de cerebro sin hallazgos. Punción lumbar destacó leucocitos 90 células/mm ³ con predominio linfocítico del 95%, proteínas 249 mg/dL, glucorraquia 34 mg/dL con glucemia 92 mg/dL, Gram negativo. Dado inmunocompromiso y líquido cefalorraquídeo concordante con meningitis séptica, se inició terapia empírica con ceftriaxona, ampicilina y aciclovir. Posteriormente panel meníngeo resultó positivo para VVZ, por lo que se desescaló a aciclovir, evolucionando favorablemente. Finalmente se dio el alta con traslape a valaciclovir oral.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso destaca la importancia de considerar el estado inmunológico del paciente al enfrentar síntomas como cefalea o compromiso de conciencia. Aunque la presentación clínica inicial puede ser inespecífica, el antecedente de inmunocompromiso debe ser considerado como un factor de riesgo crucial asociado a cefalea con banderas rojas. En este contexto, realizar pruebas adicionales, como la punción lumbar e imágenes, desempeñan un papel crucial para guiar de manera temprana el enfoque terapéutico adecuado para evitar complicaciones graves que incluyen secuelas neurológicas e incluso la muerte.
PALABRAS CLAVE	Huésped inmunocomprometido, Meningoencefalitis por Herpes Zóster, Punción Lumbar.
TÍTULO DEL TRABAJO	MIELOMA MÚLTIPLE EN PACIENTE JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina interna
AUTOR	Nicola Astorga María Franca (1)
CO-AUTORES	Sobarzo Villarroel Paolo (1), Cubillos Bravo Amparo (1), Torres Lara Verónica (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Hospital Dr. Mario Sánchez Vergara, La Calera.
INTRODUCCIÓN	El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia maligna caracterizada por una proliferación clonal de células plasmáticas en medula ósea o en sitios extramedulares que secreta una proteína monoclonal medible en sangre u orina. En Chile es la neoplasia hematológica más frecuentes después del Linfoma No Hodgkin y su incidencia aumenta con la edad, siendo más frecuente entre los 65-70 años, predominando en el sexo masculino. En este trabajo se presenta el reporte de un caso de MM de presentación atípica y severa en una paciente joven.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina de 47 años, consultó por cuadro de 3 meses de evolución de sudoración nocturna y baja de peso, evolucionó con compromiso del estado general, debilidad muscular y artralgias. Evoluciona con dolor difuso en hemiabdomen superior, palpitations, vómitos, diarrea y disminución de diuresis. Ingresó al servicio de urgencias taquicárdica e hipertensa. Al estudio destacó creatininemia 2.53 mg/dl, calcemia 18.2 mg/dl, Hb 11.5 g/dl y parámetros inflamatorios elevados. Radiología evidenció extenso compromiso del esqueleto axial y

apendicular por lesiones líticas agresivas, con fracturas en hueso patológico dorsolumbar. Se inició fluidoterapia y zolendronato por hipercalcemia severa. Dado que mielograma esternal evidenció extensa infiltración plasmocitaria, se inició dexametasona y se evaluó inicio de quimioterapia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Solo el 7.8% de los casos de MM se presentan en menores de 50 años, considerándose una presentación infrecuente; sin embargo, dada la gravedad de esta patología, se debe tener una alta sospecha clínica incluso en pacientes jóvenes. Adicionalmente, estudios sugieren que a nivel nacional esta patología predomina en el sexo femenino a diferencia de lo descrito internacionalmente. En este caso también destaca la hipercalcemia severa, hallazgo infrecuente al momento del diagnóstico, pero que requiere manejo agresivo y monitorización estricta.

PALABRAS CLAVE Hipercalcemia, Insuficiencia Renal, Mieloma múltiple.

TÍTULO DEL TRABAJO FIEBRE Y DOLOR DE CUELLO COMO PRESENTACIÓN DE TIROIDITIS SUBAGUDA DE QUERVAIN: A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc).

CATEGORÍA b) Medicina Interna.

AUTOR Nicola Astorga María Franca (1)

CO-AUTORES Sobarzo Villarroel Paolo (1), Cubillos Bravo Amparo (1), Torres Lara Verónica (1)

AFILIACIÓN (1) Médico general de zona, Hospital Dr. Mario Sánchez Vergara, La Calera.

INTRODUCCIÓN La tiroiditis subaguda, conocida como de Quervain o granulomatosa es una enfermedad de baja incidencia, se define como una inflamación de la glándula tiroidea secundaria, en gran medida por infección viral, se presenta con bocio doloroso y es más frecuente en mujeres entre 30 y 50 años. Los exámenes destacan alteración de las pruebas tiroideas, que evolucionan en 3 fases: hipertiroidismo, eutiroidismo e hipotiroidismo. Generalmente resuelve, pero podría desarrollar hipotiroidismo permanente. Se presenta caso de tiroiditis subaguda para evidenciar que requiere alta sospecha diagnóstica en base a sus características clínicas.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 37 años consulta por cuadro de 10 días de dolor cervical anterior intenso y palpitaciones. Al examen físico destacaba taquicardia temperatura 38,3° y tiroides aumentada de tamaño, dolorosa a la palpación. Se diagnosticó tiroiditis subaguda, se indicó Prednisona y control con exámenes de laboratorio y ecografía tiroidea. Dos semanas después había persistencia del dolor, llevaba ecografía que destacaba ecogenicidad disminuida heterogénea, área mal delimitada hipoecogénica y linfonodos cervicales visibles. Se confirmó el diagnóstico, se realizó manejo de dolor y control. Un mes después hubo mejoría del dolor, exámenes destacaban TSH 2.19 mUI/L, T4 libre 1.11 nmol/L, anticuerpos tiroideos negativos. Ecografía mostraba tiroides con escasas áreas hipoecogénicas. Tras un mes, exámenes mostraban TSH 11.6 mUI/L, T4 libre 0.32 nmol/L y leves cambios parenquimatosos en ecografía. Se confirmó fase hipotiroidea y se indicó Levotiroxina.			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Según lo planteado esta es una enfermedad de baja frecuencia, donde su diagnóstico es eminentemente clínico, por lo que requiere de una alta sospecha diagnóstica frente a dolor cervical anterior doloroso asociado a bocio y alteración de las pruebas tiroideas, que evolucionan en las 3 fases descritas.			
PALABRAS CLAVE	Glándula tiroides, Hormonas tiroideas, Tiroiditis subaguda.			
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE STURGE WEBER, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO - TERAPEÚTICO A NIVEL MULTIDISCLINARIO CON GRAN REPERCUSIÓN A NIVEL FAMILIAR:			
CLASE	c) Pediatría y Cirugía Infantil			
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)			
AUTOR	Pool Muñoz, Hugo (1)			
CO-AUTORES	Alarcón Carter Peñailillo Valdés, Rocío (4)	Gayosa, Álvarez,	Sebastián Javiera	(2) (3)
AFILIACIÓN	(1) (2) (3) Médico en Etapa de Destinación y Formación (EDF) Cefsam Bahía Mansa, San Juan de la Costa, Provincia de Osorno, Región de Los Lagos.			
INTRODUCCIÓN	El síndrome de Sturge-Weber (SSW) es un trastorno congénito, caracterizado por la presencia de nevus flammeus localizado generalmente en territorio trigeminal asociado o no a angiomatosis			

leptomenígea y/o glaucoma, en comunión con otras alteraciones. Deriva de un trastorno disgenético que resulta en el desarrollo displásico de estructuras principalmente neuroectodérmicas. Su diagnóstico inusual, la multiprofesionalidad de su tratamiento y el impacto familiar, motiva la descripción del caso.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Masculino de 8 años, procedencia rural, nacido de término vía cesárea, sin antecedentes prenatales ni familiares. Destaca al nacer la presencia de nevus flammeus a nivel frontoorbitario izquierdo junto con hemangiomas en tronco y pie ipsilateral, siendo manejado por dermatóloga.

En control sano del mes se detecta retraso del desarrollo psicomotor, el cual se mantiene en futuros controles. A los 6 meses de edad, es llevado a urgencia rural por cuadro caracterizado por convulsiones tónico-clónicas, sin pérdida de la conciencia, yugulándose crisis y derivándose a nivel secundario, tras lo cual se planteó hipótesis diagnóstica de trastorno neurocutáneo. Tras realización de tomografía cerebral, se evidenció la presencia de calcificaciones corticales temporo-parieto-occipitales bilaterales y frontal derecho, asociado a cambios involutivos encefálicos difusos. Es derivado a Oftalmología, estando actualmente en tratamiento por hipertensión ocular leve del ojo izquierdo. Con antecedentes descritos, se estableció el diagnóstico de SSW.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y La presencia de una malformación vascular congénita en área trigeminal, debe despertar la sospecha de SSW. Este síndrome neurocutáneo exige interconsultas tempranas a neurólogos, oftalmólogos, dermatólogos y otras especialidades dependiendo del caso, siendo el abordaje interdisciplinario beneficioso para los pacientes en su calidad de vida. Lo anterior plantea un gran desafío para los profesionales de atención primaria, quienes tienen la misión de integrar y explicar de forma sencilla el manejo y pronóstico de esta patología a familiares agobiados de información atiborrada de tecnicismos y muchas veces carente de significado.

**PALABRAS
CLAVE**

Angiomatosis, Nevus flammeus, Síndrome Sturge-Weber

**TÍTULO
TRABAJO**

DEL ADENOPATÍAS RETROPERITONEALES, UN CASO DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR:

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA	b) medicina interna
AUTOR	Fritis Fritis Gianfranco (1)
CO-AUTORES	Delannays Hernández Bastián (1), Loo Valdés Francisco (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Peñaflor, Peñaflor
INTRODUCCIÓN	La tuberculosis (TBC) representa un importante problema de salud pública a nivel global y nacional. Es una enfermedad infecciosa provocada por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (MT), que principalmente afecta el tejido pulmonar, sin embargo, sin un tratamiento apropiado puede diseminarse por vía hematógica y/o linfática a otros tejidos, lo cual es conocido como tuberculosis extrapulmonar, siendo lo más comúnmente afectado los ganglios cervicales. Los casos de tuberculosis ganglionar retroperitoneal son escasos, con baja incidencia en nuestro medio y a nivel internacional, con descripción de favorable respuesta al tratamiento habitual.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina de 31 años sin antecedente de patologías previas ni factores de riesgo clásicamente asociados a tuberculosis (excepto ser profesional de la salud), quien presenta cuadro de dolor abdominal inespecífico de meses de evolución, por lo que se solicita tomografía computarizada de abdomen y pelvis que informa adenopatías retroperitoneales, por lo que ante sospecha de linfoma se solicita biopsia, la cual confirma diagnóstico de tuberculosis, sospechada por quantiferon positivo, por lo que se indica tratamiento antibiótico con cuatriterapia, con evolución clínica favorable. Sin historia previa de tuberculosis en otra localización.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El diagnóstico de la TBC retroperitoneal representa un desafío, por su presentación similar a otras entidades y su baja incidencia, por lo que la presencia de factores de riesgo o antecedente previo de TBC son una guía para su sospecha clínica, sin embargo, se presenta caso que no cuenta con estos factores clásicos como inmunosupresión, policonsumo o provenir de regiones de alta endemia. En este contexto es pertinente considerar a la TBC extrapulmonar como diagnóstico diferencial dentro del estudio de adenopatías o masa retroperitoneal, aunque no presente los criterios clásicamente asociados a este diagnóstico, dada la favorable respuesta a un tratamiento oportuno.
PALABRAS CLAVE	ADENOPATÍAS, TUBERCULOSIS, TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

TÍTULO DEL TRABAJO	PANCREATITIS Y COLANGITIS EN PACIENTE COLECISTECTOMIZADO, LA IMPORTANCIA DE UNA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOCES.
CLASE	CASO CLÍNICO (CC)
CATEGORÍA	CIRUGÍA
AUTOR	Agustín Cifuentes Durán (1)
CO-AUTORES	Danitza Castro Paz (2) Rocío Estay Paz (3) María Flores Barahona (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Violeta Parra, Chillán (2) Médico General de Zona, CESFAM Alemania, Angol. (3) Médico General de Zona, CESFAM Santa Sabina, Concepción (4) Médico General de Zona, Hospital de Chanco, Chanco
INTRODUCCIÓN	La colangitis aguda es una infección del árbol biliar que, sin tratamiento oportuno, puede evolucionar rápidamente a sepsis o shock séptico. Aunque su presentación clásica incluye fiebre, dolor abdominal e ictericia, puede manifestarse de forma atípica, especialmente en pacientes colecistectomizados. En estos casos, es fundamental mantener un alto índice de sospecha ante signos de inflamación sistémica y alteración del perfil hepático, además de contar precozmente con exámenes diagnósticos como la colangiorresonancia magnética para un manejo quirúrgico apropiado.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 47 años, con antecedente de colecistectomía, que consultó por epigastria de dos días de evolución, irradiada hacia el hemiabdomen inferior, asociada a náuseas y sensación febril. Había consultado previamente en un centro de salud, donde fue manejado electrocardiograma y troponinas. En una segunda consulta, se constató una marcada elevación de parámetros inflamatorios y hepáticos: proteína C reactiva 340 mg/L, leucocitos 35.000/mm ³ , amilasa 536 U/L, gammaglutamil transferasa (GGT) 1880 U/L, transaminasa glutámico pirúvica (GPT) 479 U/L, creatinina 2.36 mg/dL. Fue derivado a urgencias del Hospital de Chillán, donde se hospitalizó en el servicio de medicina con diagnóstico de pancreatitis aguda edematosa intersticial. Se realizó interconsulta a cirugía por sospecha de colangitis aguda extrahepática según hallazgos tomográficos. Se inició tratamiento antibiótico precoz con ceftriaxona endovenosa durante 8 días, evidenciándose una disminución progresiva de los parámetros inflamatorios. Finalmente, se realizó una

colangiorresonancia que descartó obstrucción biliar e infección extrahepática, por lo que no se requirió manejo quirúrgico posterior.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso refleja la importancia de considerar la colangitis en pacientes con inflamación sistémica severa y alteración del perfil hepatobiliar, incluso en ausencia de vesícula. Aunque el diagnóstico fue finalmente descartado, la sospecha clínica inicial justificó un tratamiento antibiótico precoz, que habría evitado la progresión a formas graves como colangitis supurativa o shock séptico.

PALABRAS CLAVE Colangitis, Pancreatitis, Sepsis

TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTACIÓN NEUROLÓGICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE DISECCIÓN AÓRTICA STANFORD A, UN RETO DIAGNÓSTICO:

CLASE Cirugía.

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR (1)Aguilera Jaque Roberto.

CO-AUTORES (1) Ramírez Carbonell Sebastián, (2) Cruz Arzola Fernanda, (1)Ihl Hebarch Claudia.

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Bulnes. (2) Médico General de Zona, CESFAM Los Volcanes.

INTRODUCCIÓN La disección aórtica tipo A (DA-A) es una emergencia cardiovascular de alta letalidad. Su presentación clásica es dolor torácico agudo(1); sin embargo, puede debutar con síntomas atípicos (2). Se presenta un caso inusual de DA-A manifestándose inicialmente con síntomas compatible con un accidente cerebrovascular (ACV), destacando la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de eventos neurológicos agudos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (3).

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina de 73 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia, consultó en Hospital de Bulnes por inicio agudo de dos horas de debilidad en hemicuerpo izquierdo, heminegligencia izquierda, hemianopsia izquierda, dolor cervical y disartria. Ingresa con hemodinamia estable y se inicia protocolo por sospecha de ACV en periodo ventana, y es derivada a centro de mayor complejidad. La tomografía computarizada (TC) cerebral inicial muestra signos precoces de lesión isquémica en territorio de arteria cerebral media izquierda

incidentalmente se evidencia disminución de lumen de cayado aórtico. Por lo que, ante este último hallazgo, la persistencia de los síntomas y posterior dificultad respiratoria se realizó angio-TC de tórax, abdomen y pelvis, revelando una DA-A de gran extensión que compromete cayado aórtico, arteria carótida interna izquierda hasta arterias ilíacas. Debido a la falta de cirujano cardíaco en ese centro y la inestabilidad hemodinámica de la paciente que impedía su traslado, no se logró realizar intervención quirúrgica. La paciente presentó un deterioro clínico progresivo con falla orgánica múltiple y falleció.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La presentación de DA-A como ACV isquémico es rara (2) y dificulta el diagnóstico y tratamiento oportuno, contribuyendo a un pronóstico desfavorable, especialmente en ausencia de intervención quirúrgica. Este reporte contribuye a la literatura al ilustrar una presentación atípica de una emergencia grave en un grupo de riesgo, resaltando los desafíos diagnósticos y el fatal desenlace.
PALABRAS CLAVE	Disección Aortica, Manifestaciones neurológicas, Síndrome Aórtico Agudo
TÍTULO DEL TRABAJO	ENFERMEDAD DE PARKINSON DE INICIO PRECOZ, ROL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SU DETECCIÓN Y MANEJO MULTIDICIPLINARIO, REPORTE DE CASO:
CLASE	NEUROLOGÍA
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Cruz Arzola Fernanda. (1)
CO-AUTORES	Aguilera Jaque Roberto (2), Carbonell Ramírez Sebastián. (2)
AFILIACIÓN	(1)Médico General de Zona, CESFAM Los Volcanes. (2) Médico General de Zona, Hospital de Bulnes. (2) Médico General de Zona, Hospital de Bulnes.
INTRODUCCIÓN	La Enfermedad de Parkinson de inicio temprano puede estar asociada a alteraciones genéticas de mayor complejidad que dificultan su manejo y compensación (1). Este caso destaca la importancia de la pesquisa de síntomas extrapiramidales en pacientes jóvenes desde Atención Primaria (APS) y la necesidad de un abordaje multidisciplinario para disminuir las limitaciones funcionales secundarias a esta patología.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 34 años con antecedentes de depresión post parto, sin antecedentes familiares relevantes, consultó en 2021 en APS por cuadro de más de un año de lentitud motora progresiva en cuatro extremidades, con predominio derecho, alteración de la marcha, sumado a temblor en extremidad inferior derecha, alteraciones de ánimo y memoria e inestabilidad postural. Es derivada a nivel secundario por síndrome parkinsoniano y se decide su hospitalización para manejo y estudio, iniciándose levodopa/benserazida y pramipexol, con buena respuesta inicial pero posterior deterioro de fin de dosis. El estudio genético reveló mutación heterocigota en ATP7B y VUS en LRRK2 y VPS3C (2). Cupremia, ceruloplasmina y cobre en orina resultaron en valores normales. Resonancia cerebral mostró aislados focos glióticos-inespecíficos de la sustancia blanca subcortical frontal bilateral. Pese a los diferentes esquemas farmacológicos indicados desde 2021 a la fecha, la paciente no ha mostrado mejoría significativa de su sintomatología, mostrando gran alteración funcional, por lo cual es derivada como candidata a estimulación cerebral profunda (DBS) en Hospital San Borja. Hasta la fecha se mantiene recibiendo atenciones por fonoaudiología, kinesioterapia y psicología, aliviando paliativamente la severidad de sus síntomas.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso se quiere destacar la relevancia de la pesquisa temprana de signos extrapiramidales en pacientes jóvenes en APS para la derivación oportuna. La limitada respuesta a la farmacoterapia de este caso resalta la necesidad de un manejo multidisciplinario enfocado a mejorar la calidad de vida y rehabilitación de los pacientes mientras se esperan intervenciones más especializadas. (3)
PALABRAS CLAVE	Atención Interdisciplinaria, Atención Primaria de Salud, Calidad de Vida, Detección Precoz, Enfermedad de Parkinson, Mutación.
TÍTULO DEL TRABAJO	FARINGOAMIGDALITIS COMPLICADA Y CANDIDIASIS ORAL, CUADRO INFECCIOSO ATÍPICO COMO DEBUT DE DIABETES MELLITUS:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	a) Medicina Familiar
AUTOR	Catril Rozas Bastián (1)
CO-AUTORES	Nuñez Palma Natalia (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Requinoa, Requinoa

INTRODUCCIÓN	La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un cuadro que suele diagnosticarse en pacientes que presentan comorbilidades de la esfera metabólica y/o síntomas de un estado descompensado. Sin embargo, es relevante considerar su presencia ante cuadros sospechosos de condiciones de inmunodepresión subyacentes.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 59 años, sin antecedentes mórbidos. Con diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana, consulta tras completar tratamiento antibiótico con amoxicilina/ácido clavulánico por 10 días, por empeoramiento del cuadro. Paciente refiere sensación febril, compromiso del estado general, mala tolerancia oral y trismus. En control de signos vitales destaca paciente taquicárdico, subfebril, con hemoglucotest con valor High. Al examen físico paciente somnoliento, nauseoso, con mucosas deshidratadas. Orofaringe con placas blanquecinas múltiples, no removibles, en lengua y ambas mejillas. No se logra visualización de amígdalas, pero se evidencia aumento de volumen fluctuante en región cervical derecha anterior, de aproximadamente 4 cm. Por sospecha de faringoamigdalitis bacteriana complicada y candidiasis oral, paciente es derivado a servicio de urgencias de hospital de derivación, donde se realiza un escáner cervical que evidencia un absceso parafaríngeo derecho. Paciente es ingresado, evolucionado de manera tórpidas, con necesidad de hospitalización durante 1 mes, incluyendo estadía en unidad de paciente crítico, terapia antimicrobiana prolongada y realización de cuatro procedimientos quirúrgicos. Tras resolución del cuadro, paciente es dado de alta y se deriva a CESFAM para continuar seguimiento, con examen inicial de hemoglobina glicosilada de 8.7%. En controles siguientes logra buena compensación de cuadro con uso de hipoglucemiantes orales.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El estado de hiperglicemia de la DM2 se asocia a alteraciones de la inmunidad celular y humoral, predisponiendo al contagio de infecciones atípicas y al desarrollo de complicaciones de cuadros comunes, pudiendo ser la manifestación inicial de la enfermedad. Incluso en casos de descompensación no severa, puede asociarse a evoluciones clínicas complejas.
PALABRAS CLAVE	Candidiasis, Diabetes mellitus , Trismus
TÍTULO DEL TRABAJO	NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO EN PACIENTE JOVEN CON HÁBITO TABÁQUICO Y CONSUMO DE CANNABIS, REPORTE DE CASO:

CLASE	d) Cirugia
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Jara Sepúlveda Marcos (1)
CO-AUTORES	Puentes Espejo Juan (1) Silva Paredes Constanza(1)
AFILIACIÓN	(1) Médicos Generales de Zona, Hospital Marcos Macuada, Tocopilla, Chile
INTRODUCCIÓN	El neumotórax espontáneo primario (NEP) se define como la presencia de aire en la cavidad pleural sin causa aparente en pacientes sin enfermedad pulmonar subyacente conocida. Es más frecuente en hombres jóvenes, delgados y altos, y se asocia a factores como el tabaquismo y el consumo de cannabis. La incidencia estimada es de 7,4 a 28 casos por 100.000 habitantes en hombres y de 1,2 a 10 casos por 100.000 en mujeres.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 25 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, con hábito tabáquico y consumo esporádico de marihuana. Consultó en servicio de urgencia por disnea leve a moderada y dolor torácico izquierdo de inicio súbito, tipo punzante, sin irradiación, desencadenado en reposo. Al examen físico presentaba hipersonoridad y disminución del murmullo pulmonar en hemitórax izquierdo. En los signos vitales presentaba una saturación del 95% al aire ambiente. Se le realizó radiografía de tórax que reveló neumotórax izquierdo total sin desviación mediastínica. Se realizó drenaje pleural con sello de agua, logrando buena evolución clínica y reexpansión pulmonar completa. Fue derivado a centro de mayor complejidad para seguimiento por cirugía de tórax.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El NEP afecta típicamente a varones jóvenes y ectomorfos, siendo el tabaquismo y el consumo de cannabis factores de riesgo significativos. La rotura de blebs subpleurales es el mecanismo más frecuente. El manejo depende del tamaño del neumotórax y los síntomas. En este caso, el drenaje torácico evitó una intervención quirúrgica inmediata. La educación del paciente sobre factores de riesgo y seguimiento son fundamentales para prevenir recurrencias.
PALABRAS CLAVE	Neumotórax, Disnea, Tabaquismo

TÍTULO DEL TRABAJO	GLUCOSURIA RENAL EN PACIENTE NO DIABÉTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Tapia Mansilla Juan (1)
CO-AUTORES	Nahas Miranda Catalina (2), Sandoval Valenzuela Valentina (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cefam Chonchi, Chonchi (2) Médico General de Zona, Cefam Dalcahue, Dalcahue (3) Médico General de Zona, Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes, Bulnes.
INTRODUCCIÓN	La glucosuria renal es una afección poco común en la que se excreta glucosa en la orina en presencia de niveles normales de glucosa en sangre. La forma hereditaria o primaria involucra una disminución en el transporte máximo de glucosa y posterior excreción por la orina, sin anomalía en la función renal, cuyo único signo suele ser la glucosuria, generalmente diagnosticada accidentalmente. La forma secundaria se presenta como parte de un defecto general en la función de los túbulos proximales, como en el síndrome de Fanconi.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 55 años, epiléptico e hipertenso compensado, usuario de levetiracetam 1000 mg cada 12 hrs, losartán 100 mg/día y amlodipino 10 mg. En exámenes de laboratorio destaca glicemia venosa 99 mg/dl, glucosuria de 250 mg/dL, resto normal. Anamnesis y examen físico sin hallazgos. Exámenes previos de 8 meses con glicemia venosa 88 mg/dl y glucosuria de 100 mg/dL. Se solicitó prueba tolerancia glucosa oral: glicemia ayuna 103 mg/dL y postcarga de 38 mg/dL. Presenta síntomas de hipoglicemia post-examen, manejado con consumo de alimentos, control glicemia capilar 151 mg/dl. En seguimiento sin hallazgos al examen físico, sin nuevas hipoglicemias. Consentimiento informado autorizado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Al excretar glucosa por la orina en grandes cantidades de forma permanente, el cuerpo se adapta a niveles más bajos de glucosa en sangre, que lo hace interpretar niveles definidos como normales en población general como un exceso de glucosa, perpetuando la glucosuria. La glucosuria renal suele ser una afección benigna, asintomática y no requiere tratamiento específico. Nuestro rol como médicos generales es descartar causas comunes de glucosuria como diabetes mellitus o uso de fármacos como inhibidores del cotransportador de sodio-

glucosa tipo 2 (iSGLT2). Ante sospecha de causa secundaria se debe derivar a especialidad para estudio dirigido de trastornos del túbulo proximal.

PALABRAS CLAVE	Glucosuria, Glucosuria renal, Hipoglicemia
TÍTULO DEL TRABAJO	LIQUEN PLANO NODULAR EN PACIENTE GERIÁTRICA CON MULTIMORBILIDAD:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Dermatología)
AUTOR	Alegría Matamala Tamara (1)
CO-AUTORES	Fábrega Valenzuela Adolfo (2), Valenzuela Yañez Sebastián (3)
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, CESFAM Dr. Julio Acuña Pinzón, Lo Espejo (2) Médico General de Zona, CESFAM Dra. Mariela Salgado, Lo Espejo (3) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Julio Acuña Pinzón, Lo Espejo
INTRODUCCIÓN	El liquen plano es una dermatosis inflamatoria crónica de etiología desconocida, caracterizada por lesiones cutáneas polimorfas y pruriginosas. Su diagnóstico puede ser complejo en pacientes geriátricos con múltiples comorbilidades, debido a presentaciones clínicas atípicas que simulan otras patologías dermatológicas. Este caso clínico tiene como objetivo evidenciar la importancia de considerar el liquen plano dentro del diagnóstico diferencial del prurito crónico en adultos mayores y resaltar el rol de la telemedicina en la identificación oportuna de estas formas inusuales.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 79 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 insulinoirrequiente, hipertensión arterial, fibrilación auricular anticoagulada, insuficiencia cardíaca, gonartrosis, obesidad y enfermedad renal crónica estadio 4. Consultó por prurito generalizado, siendo inicialmente diagnosticada con escabiosis y tratada con antiparasitarios. No obstante, evolucionó con incremento del prurito y aparición de lesiones nodulares eritematosas, pruriginosas, no dolorosas ni hemorrágicas, de 1–2 cm, localizadas en piernas, espalda, mamas y extremidades superiores, respetando palmas y plantas. Ante la atipicidad del cuadro y la ausencia de respuesta terapéutica, fue derivada al Hospital Digital, donde se solicitó biopsia cutánea y se indicó fluconazol 150 mg por sospecha de micosis profunda. Tras completar el tratamiento sin mejoría clínica, la

histopatología confirmó el diagnóstico de liquen plano. Actualmente se investiga la posibilidad de lesiones inducidas por medicamentos, siendo derivada a inmunología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso evidencia cómo el liquen plano, en su forma nodular, puede presentarse de manera inusual en adultos mayores, dificultando su diagnóstico temprano. La telemedicina permitió una reevaluación oportuna y la indicación adecuada de estudios complementarios. Se destaca la importancia de mantener un enfoque diagnóstico amplio en pacientes geriátricos con prurito crónico y lesiones persistentes, así como de promover la vigilancia dermatológica activa y el trabajo interdisciplinario para optimizar el manejo clínico.
PALABRAS CLAVE	Geriatría, Liquen Plano, Prurito, Dermatitis nodular
TÍTULO DEL TRABAJO	Masa pectoral con hallazgo infrecuente: tumor de células granulares
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	Medicina Familiar
AUTOR	Rivera Ugalde Macarena (1)
AFILIACIÓN	Médico en Etapa Destinación y Formación, Servicio Salud Atacama, Copiapó
INTRODUCCIÓN	Los tumores de células granulares son neoplasias raras de origen neurogénico, representan el 0.5% de los tumores de partes blandas. Afectan con mayor frecuencia a mujeres entre 40 y 60 años. Su clínica más común son nódulos subcutáneos pequeños, indolores y de crecimiento lento, de presentación más frecuente en lengua, piel y tracto gastrointestinal; la localización pectoral o mamaria es infrecuente (menos de 1%), y puede simular clínica y radiológicamente un carcinoma.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 63 años consulta por masa no dolorosa en región pectoral izquierda de 3 meses de evolución. Al examen físico se palpa en cuadrante superior interno de mama izquierda masa de 3x3 cm, sensible, blanda, adherida a planos profundos, sin palpase adenopatías cervicales ni supraclaviculares. La ecografía de partes blandas informa un nódulo prevertebral izquierdo de probable estirpe lipomatosa, con área central hipoecoica, sugiriéndose descartar. Se realiza biopsia core, su informe histopatológico describe una neoplasia fusocelular y epitelioides, con citoplasma eosinófilo granular,

morfológicamente compatible con tumor de células granulares. El estudio inmunohistoquímico reporta S100 positivo, CD68 positivo, CK AE1/AE3 y desmina negativos. Con estos hallazgos, se confirma el diagnóstico de tumor de células granulares.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES		Aunque el tumor de células granulares es habitualmente benigno, en este caso clínico adquiere relevancia por su localización inusual en región mamaria y sospecha inicial de liposarcoma, reflejando los desafíos diagnósticos, en un contexto donde las imágenes no son concluyentes. La biopsia temprana, la confirmación histológica e inmunohistoquímica fueron fundamentales. Desde una perspectiva epidemiológica y clínica, este caso destaca la importancia de considerar el TCG en el diagnóstico diferencial de masas subcutáneas pectorales y mamarias, especialmente en mujeres mayores. A pesar de su habitual comportamiento benigno, se recomienda resección quirúrgica con márgenes adecuados, dado el potencial de recurrencia local y el pequeño riesgo de malignidad (1-2%).
PALABRAS CLAVE		Tumor de células granulares, Mama, neoplasia
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	Midriasis post traumática en paciente pediátrico, a propósito de un caso:
CLASE		Caso clínico (cc)
CATEGORÍA		Pediatría
AUTOR		Rivera Ugalde Macarena (1)
AFILIACIÓN		Médico en Etapa Destinación y Formación, Servicio Salud Atacama, Copiapó
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	Midriasis post traumática en paciente pediátrico, a propósito de un caso:
INTRODUCCIÓN		La midriasis traumática es una secuela infrecuente en la población pediátrica y puede estar asociada a daño del esfínter pupilar por trauma contuso. Su reconocimiento oportuno permite orientar el manejo y evitar intervenciones innecesarias. Se presenta un caso de midriasis unilateral persistente posterior a traumatismo ocular cerrado en un paciente pediátrico.
PRESENTACIÓN DEL CASO		Varón escolar de 10 años, sin antecedentes mórbidos, alérgico a diclofenaco, consulta en urgencias de pediatría por traumatismo contuso ocular derecho por golpe de pelota, evolucionando con dolor

ocular, sin disminución de agudeza visual subjetiva. Al examen físico destaca sin ptosis palpebral, reflejo fotomotor consensuado, pupila derecha midriática, hemorragia subconjuntival nasal a inferior, oculomotilidad conservada, sin laceración evidente en globo ocular. Tomografía computada de órbitas sin hallazgos de significado patológico. Evaluado por oftalmología, se diagnostica trauma ocular contuso y neuritis óptica post traumática, describiéndose al examen ocular de ojo derecho con agudeza visual conservada, midriasis con defecto pupilar aferente positivo, Tyndal positivo ++, fondo de ojo sin alteraciones y retina aplicada sin hemorragias. Se indica manejo ambulatorio con colirio oftálmico antibiótico y corticoide. Al control del mes persiste midriasis y defecto pupilar aferente, leve disminución de la saturación al rojo, sin vitreítis, sin signos de complicación intraocular ni retiniana, por lo que se otorga alta de oftalmología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La midriasis traumática se produce por disrupción del esfínter pupilar, generalmente secundaria a traumatismo contuso. En ausencia de signos de daño estructural mayor, su evolución suele ser benigna. Es clave descartar causas farmacológicas y neurológicas, realizar imágenes cuando existan dudas diagnósticas y derivar a oftalmología a tiempo. Este caso resalta la importancia del examen pupilar en todo trauma facial, y refuerza la importancia del seguimiento oftalmológico oportuno para evitar sobretratamiento y asegurar resolución sin secuelas funcionales.
PALABRAS CLAVE	Anisocoria, midriasis, anormalidad ocular, trastorno de la pupila
TÍTULO DEL TRABAJO	NECROSIS AVASCULAR DE CABEZA FEMORAL EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Traumatología)
AUTOR	Alegría Matamala Tamara (1)
CO-AUTORES	Fábrega Valenzuela Adolfo (2), Valenzuela Yañez Sebastián (3)
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, CESFAM Dr. Julio Acuña Pinzón, Lo Espejo (2) Médico General de Zona, CESFAM Dra. Mariela Salgado, Lo Espejo (3) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Julio Acuña Pinzón, Lo Espejo

INTRODUCCIÓN	La necrosis avascular de la cabeza femoral es una causa importante de deterioro articular, asociada a factores como el consumo crónico de alcohol. Su diagnóstico precoz es clave para prevenir daño estructural irreversible. Se presenta un caso de necrosis avascular detectado en atención primaria, destacando la relevancia de la evaluación clínica integral.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 59 años con antecedentes de tabaquismo y consumo crónico de alcohol, consultó inicialmente por lumbalgia, es derivado a neurocirugía con tomografía axial de columna lumbar que evidenció cambios degenerativos severos, raquiestenosis L4-L5 y estenosis foraminal multisegmentaria. Especialista descarta signos de ciática y deriva a atención primaria para seguimiento. En centro de salud familiar, refirió dolor en cadera izquierda de dos años de evolución, con limitación funcional progresiva. Al examen físico marcha claudicante, elevación de cadera derecha al caminar, dolor a la flexión de cadera y acortamiento de extremidad inferior izquierda. La radiografía de pelvis evidenció cadera izquierda con pérdida de esfericidad de la cabeza femoral, destrucción ósea, disminución del espacio intraarticular y cambios acetabulares, compatibles con necrosis avascular. A la anamnesis dirigida paciente niega antecedente de traumatismo y se pesquiza que consumió cinco copas diarias durante 20 años, actualmente consumo suspendido. Se sospechó necrosis avascular de cabeza femoral secundaria a consumo de alcohol. Se indicó manejo sintomático y derivación a especialidad.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso destaca la importancia del enfoque diagnóstico integral en pacientes con dolor musculoesquelético crónico. La sospecha de necrosis avascular de cabeza femoral debe considerarse frente a factores de riesgo como el alcoholismo. La coordinación entre niveles de atención es clave para el diagnóstico y tratamiento oportunos. La presentación contribuye al conocimiento clínico sobre necrosis avascular en contexto no traumático.
PALABRAS CLAVE	Alcoholismo, Factores de riesgo, Necrosis avascular de la cabeza femoral
TÍTULO DEL TRABAJO	ÚLCERA TUMORAL EN EXTREMIDAD SUPERIOR COMPLICADA CON FRACTURA RADIOCUBITAL, MANEJO PALIATIVO DESDE LA MEDICINA RURAL:
CLASE	Caso clínico (CC)

CATEGORÍA	h) Especialidades (cuidados paliativos)
AUTOR	Perez Torres Sebastián (1)
CO-AUTORES	Abalo Zárate María (1), Aravena Vásquez Joaquín (2)
AFILIACIÓN	(1)Médico General de Zona, Hospital de Combaralá, Combarbalá. (2)Médico General de Zona, DESAM Combarbalá, Combarbalá.
INTRODUCCIÓN	Las úlceras tumorales son infiltraciones cutáneas de células cancerígenas. Generalmente se producen por el crecimiento de un tumor primario de la piel o por metástasis (1). La prevalencia no ha sido bien establecida pero se estima entre 0,6% y 9,0% para todos los tipos de cáncer produciéndose en un 5% de los pacientes con cáncer y hasta un 10% de los pacientes con metástasis (2). A continuación, se presenta el abordaje de un usuario de alta ruralidad evaluado por la unidad de cuidados paliativos del Hospital de Combarbalá.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Usuario masculino de 96 años, residente en sector rural, con diagnóstico de carcinoma espinocelular en antebrazo izquierdo, presentado en comité oncológico donde se propone amputación de extremidad. Paciente competente, rechaza tratamiento por lo que se indican cuidados paliativos exclusivos. Inicia evaluación multidisciplinaria por unidad de cuidados paliativos, presenta úlcera tumoral dolorosa, con tendencia al sangrado espontáneo, signos de infección y dolor no controlado. Se genera plan de cuidados consensuados con usuario y su familia y confección de directivas anticipadas con enfoque en control de síntomas y manejo domiciliario. Se inicia tratamiento antibiótico oral, curaciones avanzadas en domicilio por enfermería, manejo del dolor con parche de buprenorfina, manejo del sangrado con ácido tranexámico y soporte psicosocial. Evoluciona durante los siguientes 6 meses con aumento progresivo de la extensión y profundidad de la lesión. Evaluado en servicio de urgencias, destaca fractura radio-cubital, dolor controlado, sin sangrado, mantiene vitalidad de extremidad a distal. Se re evalúan directivas anticipadas del usuario, quien no desea traslado a hospital de mayor complejidad ni resolución quirúrgica. Se mantiene en curaciones periódicas por enfermería, con dolor y sangrados controlados. Evaluado por terapeuta ocupacional, se confecciona órtesis de extremidad superior.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Los adecuados cuidados de una úlcera tumoral pueden mejorar considerablemente la calidad de vida de un paciente en fase terminal, sin embargo, en este tipo de pacientes, con un pronóstico de vida limitado, se plantea una situación difícil de resolver en cuanto a la

estrategia terapéutica, y suele ser más importante utilizar medidas generales no invasivas, haciendo mayor hincapié en la necesidad de cuidar más que curar (3). Los objetivos del tratamiento se deben alinear al concepto de calidad de vida de cada usuario y tienden a promover el confort, el manejo de síntomas y el apoyo psicosocial. El uso de directivas anticipadas es una herramienta útil que reduce los niveles de ansiedad de las familias y de los equipos de salud.

PALABRAS CLAVE	Calidad de vida, Cuidados paliativos, Úlcera tumoral.
TÍTULO DEL TRABAJO	DIAGNÓSTICO DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO Y MANEJO BAJO COBERTURA DE LA LEY RICARTE SOTO, REPORTE DE CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	B) Medicina Interna
AUTOR	Scarleth Baythiare Lucía Jara Carrasco (1)
CO-AUTORES	Tania Milenka Bustos Jorge (2)
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, Hospital de Coínco, Coínco. (2) Medica cirujana, Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago.
INTRODUCCIÓN	Angioedema hereditario (AEH), enfermedad poco frecuente, de origen genético, caracterizada por: edema local recurrente subcutáneo o submucoso, aumento de permeabilidad vascular y extravasación de líquido intravascular, pudiendo comprometer la vía aérea superior y causar la muerte. Actualmente en Chile, diagnosticarlo y tratarlo representan un desafío debido al elevado valor. Su inclusión en la Ley Ricarte Soto ha permitido avanzar a un acceso equitativo del tratamiento, situando esta patología dentro del enfoque de enfermedades raras de alto costo con impacto vital.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino 36 años, con antecedentes de dislipidemia e hipertensión arterial, inicia con cuadros frecuentes de aumento de volumen en distintas zonas corporales: extremidades, párpados, abdomen, labios. Fue tratado como reacción alérgica con antialérgico, corticoides y epinefrina sin resultado. Se inicia estudio inmunológico y genético, destacando Inhibidor C1 funcional anormal, C1 inhibidor cuantitativo bajo. Complemento C3 normal, C4 bajo. Se indica administración en crisis de Berinert endovenoso (inhibidor de la C1 esterasa humana derivado del plasma, repone la proteína deficiente o disfuncional), es altamente costoso. Se inician trámites de ingreso a Ley Ricarte Soto, lo que demora aproximadamente 3 meses. Sin

embargo, el paciente presenta respuesta tórpida, con crisis frecuentes, y fallece por paro respiratorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La AEH ha planteado desafíos diagnósticos por su baja prevalencia y manifestaciones clínicas inespecíficas. La Ley Ricarte Soto ha brindado una cobertura financiera y un avance significativo en acceso oportuno y sostenido al tratamiento. Este caso destaca la necesidad de implementar una mayor difusión del AEH en atención primaria, así como también, la importancia de implementar estrategias de manejo integradas para enfermedades raras. Lo recomendado para estos casos es, fortalecer los protocolos de sospecha clínica y mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, contribuyendo de esta forma a la mejora del diagnóstico precoz y calidad de vida de los pacientes, debido a que sigue quitando vidas.

PALABRAS CLAVE Angioedema, hereditario, enfermedades raras.

TÍTULO DEL TRABAJO Apendicitis retrocecal sin signos peritoneales: un desafío diagnóstico en la evaluación del dolor abdominal agudo atípico.

CLASE Caso Clínico (CC).

CATEGORÍA Cirugía

AUTOR Gajardo Balladares, Julio Sebastián (1)

CO-AUTORES Campos Sepúlveda, Cristian (1), Parraguez Rodriguez, Alexander (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Carol Urzúa, San Bernardo

INTRODUCCIÓN La apendicitis aguda (AG) suele asociarse a signos de irritación peritoneal, aunque su ausencia no excluye el diagnóstico. En casos de apéndice retrocecal o retroperitoneal, la presentación clínica puede ser atípica, lo que retrasa el diagnóstico y aumenta el riesgo de complicaciones. En este contexto, el objetivo de presentar este caso clínico es considerar esta variabilidad en la evaluación del paciente con abdomen agudo, aumentando el umbral de sospecha.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente con antecedentes de nefrolitiasis, diabetes tipo 2, hipertensión, obesidad y dislipidemia consulta por un cuadro de dos semanas de diarrea, náuseas y vómitos sin fiebre. Se maneja como gastroenteritis aguda y se da de alta tras mejoría sintomática.

Reconsulta una semana después por dolor abdominal difuso, tipo cólico, EVA 10/10, con vómitos alimentarios y diaforesis. Al examen físico no se observan signos de irritación peritoneal. Los exámenes de laboratorio evidencian leucocitosis ($23 \times 10^3/\text{mm}^3$), proteína C reactiva elevada (186.1 mg/dL) y hematuria microscópica. Se solicita una tomografía computarizada (TAC) de abdomen y pelvis sin contraste, que informa: "Peritonitis secundaria a apendicitis aguda perforada, parcialmente contenida en retroperitoneo, con formación de plastrón e íleo mecánico de intestino delgado en evolución". Ingresa a pabellón para laparotomía. El protocolo operatorio describe un absceso cecal contenido hacia el espacio mesentérico cólico derecho. Se realiza drenaje del foco y apendicectomía, con posterior evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La variabilidad anatómica del apéndice puede alterar la presentación clínica típica. En ausencia de signos peritoneales, el diagnóstico precoz puede ser difícil, especialmente si no se cuenta con imágenes. Por tanto, es crucial mantener un alto índice de sospecha frente a cuadros atípicos para evitar complicaciones.

PALABRAS CLAVE Appendicitis, Peritonitis, Retroperitoneal Space.

TÍTULO DEL TRABAJO BACTERIEMIA OCULTA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN PACIENTE PREESCOLAR CON INMUNIZACIÓN COMPLETA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA c) Pediatría y Cirugía Infantil

AUTOR Hohf Nova Marion (1)

CO-AUTORES Aguayo Alarcon Joaquin (1), Estrada Samayoa Margarita (1), Hohf Nova Thomas (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Cauquenes, Cauquenes (2) Interno de Medicina 7mo año, Universidad San Sebastián, Concepción

INTRODUCCIÓN La fiebre corresponde a aproximadamente el 20-30% de los motivos de consulta pediátrica en el Servicio de Urgencia, donde hasta 20% de los casos de niños menores de 36 meses no se identifica el foco, y de ellos hasta un 10 a 15% es una enfermedad bacteriana invasora, representando la bacteriemia oculta (BO) hasta un 75% de los casos.

Es de suma importancia la sospecha para el diagnóstico y tratamiento precoz de esta patología, así como también la identificación del agente causante para el desarrollo de eventuales nuevos serotipos incluidos en las vacunas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 2 años de edad sin antecedentes mórbidos, esquema vacunación al día, dado de alta por bronquitis reciente con buena evolución inicial, se presentó en Servicio de Urgencia por cuadro de fiebre de 1 día de evolución, sin otros síntomas asociados. Al examen físico destacó taquicardia, febril, buenas condiciones generales. Exámenes de laboratorio evidenciaron leucocitosis de 47160 de predominio segmentados, Proteína C reactiva de 1,6 mg/dL, Radiografía de tórax sin foco de condensación. Se decidió ingreso para manejo y estudio, iniciándose tratamiento empírico con penicilina. Se recibieron hemocultivos positivos a las 48 hrs para streptococcus pneumoniae. Paciente con buena evolución, completó 5 días de tratamiento antibiótico endovenoso, y 5 días más con antibiótico vía oral.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la literatura se describe que aproximadamente 1-3% de pacientes con diagnóstico de fiebre sin foco tendrá en definitiva una BO, cobrando relevancia el uso guías actualizadas de manejo que nos permitan seleccionar aquellos pacientes que requieren estudio para lograr un diagnóstico y tratamiento temprano. Por otro lado, se hace necesario mejorar las técnicas diagnósticas que nos permitan identificar el microorganismo involucrado, para evaluar posteriormente ampliar la cobertura de las vacunas neumocócicas conjugadas, reduciendo el riesgo de enfermedades neumocócicas invasoras en Chile.

PALABRAS CLAVE

Bacteriemia, Fiebre, Pediatría

TÍTULO DEL TRABAJO

CUANDO EL TIEMPO APREMIA: SOSPECHA DE ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB EN PACIENTE CON DETERIORO NEUROLÓGICO AGUDO:

CLASE

g) Neurología

CATEGORÍA

Caso clínico (cc)

AUTOR

Retamal Ramirez, Lucas (1)

CO-AUTORES

Garrido Seguel, Constanza (1)
Diaz Rabanal, Francisca (1)

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Yungay, Yungay
INTRODUCCIÓN	La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es un raro trastorno neurodegenerativo, causado por la acumulación de la proteína priónica patológica en el sistema nervioso central. Se presenta como una demencia rápidamente progresiva asociado a trastornos del movimiento, de pronóstico ominoso en el corto plazo. Dada la baja frecuencia y difícil diagnóstico de la patología, se presenta caso de un paciente con desorientación, mareo e inestabilidad de la marcha de rápida evolución, con estudio compatible con la enfermedad.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta caso bajo consentimiento informado: Masculino de 63 años, antecedentes de Diabetes e hipertensión arterial. Consulta por mareo de una semana de evolución e inestabilidad de la marcha, asociado a desorientación y disartria intermitente. Posteriormente se evidencia compromiso de conciencia cualitativo, heteroagresividad, bradilalia y bradipsiquia. Se realiza AngioTAC de cerebro sin lesiones, punción lumbar líquido cefalorraquídeo con leve proteinorraquia. Evoluciona con agitación que se maneja con sedación farmacológica, destacando posteriormente compromiso respiratorio y caída en nivel de conciencia que requiere ventilación mecánica. Se descartan causas tóxico-metabólicas. Destacan en sus exámenes 2 Electroencefalograma (EEG) anormales con frecuente lentitud intermitente generalizada y disfunción lenta continua generalizada. Resonancia magnética de cerebro con Hiperintensidad de ganglios basales bilaterales y de ambos tálamos, más realce giral bihemisférico. EEG de control destaca patrón periódico compatible con ECJ. Pendiente confirmación diagnóstica por instituto de salud pública.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Se presenta un caso clínico de demencia rápidamente progresiva, asociado a trastornos del movimiento, con deterioro clínico importante, actualmente en sopor profundo, no reactivo. Se mantiene hospitalizado, sin diagnóstico certero, pero con una alta sospecha de ECJ. Dada la dificultad diagnóstica de la patología presentada y la incidencia mayor en nuestro país respecto a la condición global, destaca la necesidad de aumentar los estudios etiológicos y dar mayor accesibilidad a las herramientas diagnósticas correspondientes.
PALABRAS CLAVE	Encefalopatía, Prion, Síndrome de Creutzfeldt-Jakob.
TÍTULO DEL TRABAJO	ERITRODERMIA PSORIÁSICA A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Dermatología)
AUTOR	Mariángel Bravo Macarena (1)
CO-AUTORES	Daza Valenzuela Francisca (1), Marchant Bravo Diego (1), Araneda Valdés Rosario (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Hospital de Chimbarongo, Chimbarongo
INTRODUCCIÓN	La eritrodermia es una condición dermatológica grave caracterizada por eritema y descamación generalizada que compromete más del 90% de la superficie corporal. Sus causas son variadas e incluyen enfermedades inflamatorias, reacciones farmacológicas y neoplasias. La psoriasis representa una etiología frecuente, especialmente en pacientes con historia conocida y enfermedad extensa. La identificación oportuna de la causa es clave para evitar complicaciones sistémicas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 59 años, sin comorbilidades, con antecedente de psoriasis de difícil control con compromiso de más del 10% de superficie corporal total. Consulta en urgencias por eritema y descamación generalizada, sin fiebre ni síntomas sistémicos. Al examen se observa eritrodermia con descamación difusa e hiperqueratosis plantar marcada. Función renal y hepática normales, colonoscopia previa sin hallazgos patológicos. Ante los hallazgos clínicos y los antecedentes del paciente, se diagnosticó eritrodermia psoriásica. Se inició manejo sintomático con emolientes e hidratación, y fue dado de alta con indicación de metotrexato y control en dermatología.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La eritrodermia requiere evaluación urgente y manejo interdisciplinario. En este caso, la historia de psoriasis y la exclusión de otras causas apoyaron el diagnóstico. La mayoría de los pacientes requiere hospitalización y evaluación etiológica exhaustiva. El metotrexato es una opción terapéutica efectiva en eritrodermia psoriásica, especialmente en ausencia de contraindicación. Es fundamental mantener una visión integral y considerar otras causas potenciales como linfomas cutáneos o dermatosis ampollares.
PALABRAS CLAVE	Eritrodermia, Psoriasis, Agentes inmunosupresores

TÍTULO DEL TRABAJO	SARCOMA DE KAPOSÍ, MANIFESTACIÓN DE INFECCIÓN PRECOZ POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO INFRECUENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	b) Medicina interna
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Cancino Gómez Ítalo Ignacio (1)
CO-AUTORES	Muñoz Espinoza Diana Valentina (1), Parada Garrido Antonia Alejandra Ximena (1).
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Hospital Marcos Macuada, Tocopilla.
INTRODUCCIÓN	El Sarcoma de Kaposi es un tumor vascular y se presenta con mayor frecuencia en pacientes con infección por Virus Inmunodeficiencia Humano (VIH) no controlada avanzada. La literatura establece como infección precoz al periodo de aproximadamente 6 meses posterior a la adquisición del VIH. El objetivo de esta presentación es exponer un Sarcoma de Kaposi como manifestación infrecuente en infección precoz por VIH.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 39 años, consultó por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por diarrea, baja de peso, compromiso del estado general y masas pediculadas en pie bilateral. El examen físico destacó extremidades inferiores con lesiones pápulo nodulares, conglomeradas, base violácea, localizadas en pies y piernas bilateral y masa pediculada en planta de pie bilateral. Se tomó test rápido de VIH, que resultó positivo. Por sospecha de Sarcoma de Kaposi se tomó biopsia cutánea, informada como: "microscopía corriente se observa neoplasia de aspecto infiltrante con histología compatible con Kaposi". Se realizó para traslado a centro derivador. Centro informó diagnóstico síndrome de inmunodeficiencia adquirida etapa C.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En la infección por VIH los mecanismos inmunológicos neutralizan los viriones nuevos y regeneran células inmunes destruidas, logrando un equilibrio entre la cantidad de virus circulante (CV) y el sistema inmune. Durante un periodo de tiempo el paciente se mantiene asintomático hasta que se rompe el equilibrio, apareciendo infecciones clásicas y oportunistas y tumores, como el Sarcoma de Kaposi. Las manifestaciones cutáneas en la infección precoz pueden ser erupciones 48-72 horas posterior a fiebre, persistiendo por 5-8 días. Usualmente la biopsia cutánea no se solicita para diagnóstico de infección aguda VIH. El caso se expone para colaborar al conocimiento

de cómo el Sarcoma de Kaposi es una posible manifestación, aunque infrecuente, de infección precoz de VIH.

PALABRAS CLAVE	Infecciones por VIH, Neoplasias, Sarcoma de Kaposi.		
TÍTULO DEL TRABAJO	LATRODECTISMO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE RABDOMIOLISIS, A PROPÓSITO DE UN CASO:		
CLASE	Medicina Interna		
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)		
AUTOR	Bugueño Sierra Antonia (1)		
CO-AUTORES	León	Marchant	Andrés (1)
	Schade	Villagran	Catalina (1)
	Bertin Villegas Fernanda (2)		
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de la Familia y Comunidad de Yumbel,		
	(2) Médico Cirujano, Hospital de la Familia y Comunidad de Yumbel, Yumbel		
INTRODUCCIÓN	La rabdomiólisis se caracteriza por la destrucción rápida de fibras musculares, liberando su contenido intracelular a la circulación, lo que se manifiesta principalmente por dolor muscular, debilidad, orina oscura y elevación de creatina quinasa total (CKT). Por otro lado, el veneno de la araña viuda negra puede inducir efectos neuromusculares y sistémicos, manifestándose con síntomas similares. A continuación, se presenta un caso clínico con el objetivo de ampliar su sospecha como diagnóstico diferencial.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 35 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por mialgias generalizadas de horas de evolución que no cede a analgesia, principalmente con dolor en miembros inferiores. Ingresa hipertenso, sin otros hallazgos. En laboratorio destaca CKT 494 U/L, lo que genera sospecha de rabdomiolisis. Pese a bolos de analgesia persiste quejumbroso e inquieto, se recontrola con CKT hasta 1900 U/L. Se reevalúa al paciente, destaca ahora la presencia de eritema, prurito y dolor urente en región cervical donde se identifica la picadura de insecto. Ante la sospecha de latrodectismo se hospitaliza en Unidad de Terapia Intensiva Médica, iniciándose tratamiento con neostigmina e hidratación profusa. Evoluciona favorablemente, con reducción del dolor y normalización progresiva de los niveles de CKT.		

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La rabdomiolisis y el latroductismo comparten síntomas similares, lo que plantea un reto diagnóstico. En este caso, el diagnóstico diferencial fue esencial, ya que los mecanismos patológicos y enfoques terapéuticos varían considerablemente. La respuesta favorable al tratamiento con neostigmina y la mejora en los niveles de CKT apoyaron la sospecha de latroductismo sobre rabdomiolisis. Este caso destaca la importancia de considerar el contexto clínico y la evolución del paciente al tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas. Un diagnóstico temprano y un enfoque personalizado son cruciales para evitar complicaciones graves, como insuficiencia renal o secuelas neuromusculares.		
PALABRAS CLAVE	Araña Viuda Negra, Latroductismo, Rabdomiolisis.		
TÍTULO DEL TRABAJO	LESIONES PURPÚRICAS COMO CAUSA DE SEPSIS GRAVE POR CAPNOCYTOPHAGA CANIMORSUS:		
CLASE	Caso Clínico (CC)		
CATEGORÍA	b) Medicina Interna		
AUTOR	Alarcón Chávez Javier (1)		
CO-AUTORES	Arnello	Vargas	Eduardo (1)
	Cervera	Gaete	Valentina (1)
	Faccilongo Cickovic Gabriela (1)		
AFILIACIÓN	(1) Médico/a General de Zona, Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca, Casablanca.		
INTRODUCCIÓN	Capnocytophaga canimorsus, microorganismo bacilo gram negativo, es causa de sepsis fulminante entre personas que han sido mordidas por un perro. Dentro de sus manifestaciones clínicas además presentan lesiones purpúricas diseminadas, hipotensión, insuficiencia renal aguda y alteración del estado mental. La antibioticoterapia con aminopenicilinas e inhibidores de betalactamasas es la base del tratamiento.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 69 años, sin mórbidos. Consulta en servicio de urgencia de hospital de baja complejidad, por cuadro de coloración azulada en rostro de aparición brusca de 5 horas de evolución, asociado a cefalea y mareos. Al ingreso paciente en regulares condiciones generales, tendencia a hipotensión 100/54 mmHg, taquicárdica 102 latidos por minuto, sin apremio ventilatorio. Al examen físico destaca coloración azulada de carácter macular,		

extendido en rostro; también lesiones purpúricas eritematosas y violáceas en extremidades superiores, ambas no blanqueables a vitopresión. Sin focalidad neurológica. A la anamnesis se rescata antecedente de mordedura de perro en región palmar izquierda. Niega consumo de medicamentos y otras sustancias. Se toman exámenes de laboratorio, donde destaca insuficiencia renal aguda creatinina 2.83, Uremia 89, aumento de parámetros inflamatorios leucocitosis 20.570/uL, proteína C reactiva 142mg/L y trombocitopenia 48.000/uL. Resto de exámenes normales. Se indica volemisación y posterior uso de drogas vasoactivas. Se deriva a nivel secundario para manejo. Se deja hospitalizada, se indica terapia antimicrobiana de amplio espectro. Posterior a las 59 horas de ingreso, presenta 2 hemocultivos positivos para *Capnocytophaga canimorsus*; ajustando terapia antimicrobiana y con buena respuesta clínica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En este caso, se describen características importantes para la práctica clínica; aclarando que las infecciones por <i>C. canimorsus</i> son raras y varían desde infecciones cutáneas locales hasta shock séptico. Los profesionales deben preguntar a pacientes sobre el contacto con perros, como también antecedentes de inmunodeficiencia, esplenectomía y abuso de alcohol; los cuales no presentó esta paciente.
PALABRAS CLAVE	<i>Capnocytophaga</i> , Mordeduras y Picaduras, Choque séptico
TÍTULO DEL TRABAJO	MENINGOCOCCEMIA FULMINANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	(b) Medicina interna
AUTOR	Rivera Santos José (1)
CO-AUTORES	Garib Duncan Camila (1), Wenz Kassis María José (2)
AFILIACIÓN	1) Médico General de Zona, Hospital de Río Bueno, Río Bueno (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr Alfredo Gantz Mann, La Unión
INTRODUCCIÓN	La enfermedad meningocócica es causada por el diplococo gram negativo <i>Neisseria meningitidis</i> . Presenta dos formas clínicas: meningococcemia y meningitis meningocócica. En Chile es de notificación obligatoria inmediata ante sospecha. La meningococcemia, es la diseminación hematógena, de evolución

aguda, muy florida semiológicamente y con letalidad que alcanza el 32%.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Se presenta el caso de una paciente mujer de 42 años, hipertensa y alérgica a penicilinas. Consultó en urgencias en hospital de baja complejidad por cuadro de 1 día de vómitos, dolor abdominal, cefalea y sensación febril. Al ingreso hipertensa, taquicárdica y febril. Destacaba abdomen sensible en epigastrio e hipocondrio derecho. Los exámenes revelaron hiperbilirrubinemia predominio directo, elevación de transaminasas y leucocitosis. Por motivos personales rechazó traslado a centro de derivación para mayor estudio, por lo que se le dio de alta voluntaria. Reconsultó 12 horas después por empeoramiento clínico. Al ingreso hipotensa y taquicárdica. Al examen físico destacaba púrpura equimótica en todo el cuerpo, Mottling score 2 y abdomen muy doloroso en hipocondrio derecho. Se realizó reanimación inicial, toma de hemocultivos e inicio de antibióticos de amplio espectro. Los exámenes evidenciaron falla orgánica múltiple. Se derivó a centro de mayor complejidad con sospecha de meningococcemia, donde ingresó a Unidad de Cuidados Intensivos. Los hemocultivos resultaron positivos para diplococo gram negativo, con reacción de polimerasa en cadena positiva para *Neisseria meningitidis*. Se manejó con ceftriaxona endovenosa en dosis meníngeas. La paciente requirió hemodiálisis de agudos y politransfusión. Luego de 1 mes hospitalizada, fue dada de alta, quedando con hemodiálisis crónica.

**DISCUSIÓN Y
CONCLUSIONES**

La enfermedad meningocócica tiene un cuadro clínico muy florido, por su rápida y tórpida evolución sin tratamiento. En 2024 en Chile emitió se una alerta sanitaria por el aumento de casos a nivel nacional, reforzando las medidas de vigilancia epidemiológica. La medida más importante es la sospecha precoz para instaurar un tratamiento oportuno.

**PALABRAS
CLAVE**

Infecciones Meningocócicas, Meningitis, *Neisseria meningitidis*

**TÍTULO DEL
TRABAJO**

CASO CLÍNICO NEUMONÍA EN ESCOLAR, CUANDO LA CLÍNICA NO BASTA:

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA

c) Pediatría y Cirugía Infantil

AUTOR	Hohf Nova Marion (1)
CO-AUTORES	Aguayo Alarcon Joaquin (1), Estrada Samayoa Margarita (1), Hohf Nova Thomas (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Cauquenes, Cauquenes (2) Interno de Medicina 7mo año, Universidad San Sebastián, Concepción
INTRODUCCIÓN	La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una importante causa de morbilidad y mortalidad en los niños alrededor del mundo, basando su diagnóstico en la anamnesis y los hallazgos clínicos clásicos. En pediatría, la presentación clínica variable y la falta de síntomas específicos puede hacer de esta patología un desafío diagnóstico, cobrando entonces especial relevancia el rol de la radiografía, siendo en el presente caso, esencial para determinar el diagnóstico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Escolar de 8 años con antecedentes de síndrome bronquial obstructivo crónico, consultó inicialmente en 2 ocasiones por cuadro de fiebre, rinorrea y tos seca, indicándose manejo sintomático, evolucionando posteriormente con vómitos y dolor torácico, consultando por tercera vez. Al examen físico, paciente en buenas condiciones generales, sin ruidos respiratorios a la auscultación ni otros hallazgos. Exámenes de laboratorio destacaron 30.570 leucocitos/mm ³ , con granulación tóxica moderada. Radiografía de tórax con foco de condensación apical derecho. Se decidió hospitalización y manejo con penicilina, broncodilatación y kinesioterapia, recibéndose posteriormente serología positiva para rinovirus. Paciente con evolución favorable, dada de alta a completar terapia antibiótica vía oral por diagnóstico de neumonía viral sobreinfectada.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El diagnóstico de la NAC se basa en criterios clínicos clásicos: polipnea, signos de dificultad respiratoria, fiebre, síndrome de condensación, crépitos, síndrome de ocupación pleural. Sin embargo, no siempre podemos evidenciarlos. En este caso, la paciente sin signos a la auscultación, fue atendida previamente en dos ocasiones sin llegar al diagnóstico, pues fue al realizar estudio complementario que se diagnosticó NAC. Por otro lado, si bien la mayoría son de etiología viral, debemos sospechar infección bacteriana en caso de leucocitosis alta de predominio neutrofílico. El diagnóstico y manejo precoz de la NAC en pediatría es de suma relevancia, debiendo tener una alta sospecha en el Servicio de Urgencias (SU) y realizar exámenes en caso de ser necesario.

PALABRAS CLAVE	Fiebre, Neumonía bacteriana, Pediatría
TÍTULO DEL TRABAJO	SIGNO DE CHILADITI: IMPORTANCIA IMAGENOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:
CLASE	d) cirugía
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Mariñan Maribur Daniela (1),
CO-AUTORES	Núñez Montecino Becky (2), Saldias Duran Diego (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General, Hospital de la Familia y la Comunidad Santa Bárbara, Santa Bárbara. (2) Médico General de Zona, Hospital de la Familia y la Comunidad Santa Bárbara, Santa Bárbara.
INTRODUCCIÓN	El signo de Chilaiditi es un hallazgo radiológico que se caracteriza por la interposición del colon entre el hígado y el diafragma. Aunque es raro, con una incidencia de 0.025-0.28%, puede ocasionar confusión con otras patologías como neumoperitoneo, obstrucción intestinal o lesiones pulmonares. En algunos casos, puede presentarse sin síntomas, pero cuando se asocia con dolor abdominal, náuseas y vómitos, se convierte en el Síndrome de Chilaiditi, que puede requerir manejo quirúrgico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 80 años, derivada al Hospital Los Ángeles por deterioro renal progresivo. Antecedentes médicos incluyen hipertensión, enfermedad renal crónica en etapa V y diabetes mellitus tipo 2. La paciente presenta insuficiencia renal aguda con parámetros nitrogenados elevados, por lo que se decide iniciar hemodiálisis en contexto de síndrome urémico, requiriendo de instalación de catéter venoso central, al control radiológico, se observa un foco de condensación en la base pulmonar derecha junto con un ascenso del diafragma derecho, sin neumotórax asociado. Se solicita una tomografía computarizada (TAC) de tórax y abdomen con contraste, encontrándose el signo de Chilaiditi, sin complicaciones asociadas. La paciente se encontraba asintomática en relación con esta anomalía, por lo que se optó por un manejo conservador, observando la evolución de la enfermedad renal sin intervención quirúrgica.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El signo de Chilaiditi, aunque raro, debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de hallazgos radiológicos abdominales. Aunque en la mayoría de los casos no requiere tratamiento, es crucial

un enfoque diagnóstico exhaustivo, incluyendo TAC y otros estudios de imagen, para evitar intervenciones innecesarias. La conciencia clínica es clave para diferenciarlo de otras patologías que sí podrían requerir cirugía. Este caso resalta la importancia de una evaluación integral y un manejo conservador en pacientes sin sintomatología asociada al signo.

PALABRAS CLAVE	Colon, Radiología, Síndrome de Chilaiditi.
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE BRASH, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (cc)
CATEGORÍA	B) Medicina Interna
AUTOR	Olavarria Abarca Joaquin (1)
CO-AUTORES	Schwerter Romero Rosario (1), Cárdenas Peña Fernanda (1), Rodriguez Fulgeri Antonia (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Curacaví, Santiago (2) Estudiante de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago
INTRODUCCIÓN	El Síndrome de BRASH es una entidad descrita recientemente (2016) que agrupa a los siguientes hallazgos clínicos: Bradicardia, Insuficiencia renal, Bloqueo Atrioventricular (AV), Shock e Hiperkalemia. Suele desencadenarse por hipovolemia o por el uso de fármacos antihipertensivos, betabloqueadores o antiarrítmicos que inducen que hiperkalemia o bloqueos del nódulo AV, generando un círculo vicioso entre la bradicardia, la hipoperfusión renal y la hiperkalemia. Su reconocimiento temprano es fundamental, ya que puede presentarse desde una bradicardia asintomática hasta el fallo multiorgánico. Presentamos un caso clínico donde se sospechó este síndrome desde su ingreso al servicio de urgencias.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se trata de una paciente femenina de 72 años, hipertensa y con falla renal crónica etapa IIIa, en tratamiento con enalapril, amiodarona y bisoprolol, que consulta al servicio de urgencias por un cuadro de 3 días de evolución de disnea progresiva y mareos. Ingresa bradicárdica (38 lpm) e hipotensa, del laboratorio inicial destaca Potasio en 6.3 mEq/L, Creatinina en 1.67 mg/dL y Nitrogeno ureico en sangre en 42.6 mg/dL y un Electrocardiograma con fibrilación auricular bloqueada. Inicialmente se maneja con medidas hipokalemiantes (salbutamol, gluconato de calcio y furosemda), con evolución favorable. Dada la

triada de bradicardia, hiperkalemia y falla renal, sin otro desencadenante aparente, se sospechó síndrome BRASH.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Como entidad recientemente reconocida su epidemiología es aún poco conocida y por el momento, a nivel nacional no se cuenta con datos estadísticos. Es más común en adultos mayores, con comorbilidades cardiovasculares y renales, en particular aquellos que usan antihipertensivos y bloqueadores del nodo AV El principal error terapéutico es abordar sus componentes como entidades aisladas, sin reconocer su interacción sinérgica, por lo que, entender el síndrome de BRASH como una entidad específica ayudará a evitar intervenciones innecesarias, favoreciendo un manejo más integral de los pacientes.			
PALABRAS CLAVE	Bloqueo Atrioventricular, Bradicardia, Choque, Hiperpotasemia, Insuficiencia renal			
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE CAUDA EQUINA COMO MANIFESTACIÓN DE LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES :			
CLASE	Caso clínico (cc)			
CATEGORÍA	b) Medicina interna			
AUTOR	Verdugo Muñoz Karolan (1)			
CO-AUTORES	Pérez	Lucero	Laura	(1)
	Tapia	Touma	Carolina	(1)
	Agurto Saez Mariana (2)			
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, CESFAM Dr. Orlando Leyton A, Peralillo (2) Médica General de Zona, Hospital Santa Isabel de Lebu, Lebu			
INTRODUCCIÓN	El linfoma difuso de células B grandes es el linfoma no hodgkin más frecuente, sin embargo el compromiso del sistema nervioso central es una complicación infrecuente. La expresión como síndrome de cauda equina lo presenta como un desafío diagnóstico en atención primaria.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 63 años sin antecedentes mórbidos, consultó inicialmente por coxalgia izquierda irradiada a pierna ipsilateral que dificultaba su movilización, de 2 meses de evolución, sin antecedente de trauma. Su examen físico no presentaba alteraciones y sus exámenes de laboratorio mostraban tanto hemograma como antígeno prostático normales. Contaba con una radiografía de pelvis de hace un año con coxartrosis leve. Se inició manejo de dolor y se perdió seguimiento por			

8 meses. Posteriormente reconsultó por coxalgia en aumento y asociada esta vez a baja de peso de 20 kilogramos. Se le realizó scanner de abdomen y pelvis donde destacaba masa con densidad de partes blandas periaórtica infrarrenal izquierda, múltiples adenopatías paraaórticas, lesiones líticas de pelvis y volumen lumbar de aspecto neoplásico secundario. Evolucionó con paresia y dolor de extremidades inferiores, lo que provocó su postración. Posteriormente se agregaron parestesia de zona perianal, esfínter hipertónico y retención urinaria aguda. Evolucionó tórpidamente y finalmente falleció.

A través de radiología intervencional se realizó biopsia de masa abdominal, previo al empeoramiento clínico mencionado y fallecimiento de paciente, que mostraba tejidos blandos infiltrados por linfoma difuso de células grandes B, no centro germinal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El compromiso neurológico en los linfomas es una presentación poco común y con manifestaciones heterogéneas. Un diagnóstico precoz podría permitir acceso a radioterapia, reduciendo complicaciones. En este sentido, es fundamental el estudio a nivel de atención primaria de cuadros que muestren un cambio en sus características de forma abrupta y sin desencadenantes claros.
PALABRAS CLAVE	Linfoma de células B grandes difuso; Síndrome de cauda equina; Fracturas Espontáneas
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE ORINA PÚRPURA, HALLAZGO POCO FRECUENTE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA:
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA	B) Medicina Interna
AUTOR	Montoya Bernal Ivan (1)
CO-AUTORES	Molina Kelly Gabriela (2), Romero Chaparro Francisco (3), Peralta Hernández Margory (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico cirujano Artículo 9, Hospital Familiar y Comunitario de Nacimiento, (2) Médico cirujano Artículo 9, Hospital Familiar y Comunitario de Nacimiento, (3) Médico General de Zona, Hospital Familiar y Comunitario de Nacimiento, (4) Medico cirujano, CESFAM Nororiente, Los Ángeles

INTRODUCCIÓN	El síndrome de orina púrpura (SOP) es una manifestación clínica infrecuente (particularmente la atención primaria en salud) de las infecciones del tracto urinario. Su presentación, llamativa por la coloración púrpura de la orina, puede generar confusión en el abordaje inicial, especialmente en clínicos inexpertos. Esta coloración se produce por la acción de enzimas bacterianas que metabolizan el indoxil sulfato (derivado del triptófano alimentario) generando pigmentos como índigo (azul) e indirubina (rojo), originando la tonalidad en la bolsa recolectora.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 80 años, postrado, portador de cistostomía, con antecedentes de infecciones urinarias recurrentes, consultó en el servicio de urgencias por dolor abdominal y cambio de coloración de la orina en la bolsa recolectora, de cinco días de evolución. Al examen físico destacaba sensibilidad en hipogastrio y orina de tonalidad púrpura, sin compromiso hemodinámico. Al ingreso, se contaba con un urocultivo tomado posterior a completar tratamiento antibiótico reciente, el cual evidenció la presencia de <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , sensible a carbapenémicos, los exámenes de laboratorio no mostraron elevación de parámetros inflamatorios. Se hospitalizó para manejo antibiótico con imipenem. Al segundo día de tratamiento, se observó normalización del color de la orina y ausencia del dolor abdominal. El paciente completó el esquema antibiótico, se indicó su alta médica y seguimiento ambulatorio.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El SOP es una entidad poco frecuente, usualmente asociada a infecciones urinarias en pacientes portadores de sondas urinarias crónicas, como factores de riesgo destaca mujeres, adultos mayores y constipación. Su presentación puede ser asintomática o con síntomas inespecíficos, lo que dificulta el diagnóstico. El diagnóstico se apoya en el hallazgo clínico de la coloración, asociado al urocultivo. El tratamiento incluye el recambio del catéter urinario y antibioticoterapia. Este caso destaca la presentación del SOP como una forma inusual de infección urinaria, subrayando la necesidad de sospecha clínica y manejo adecuado para evitar complicaciones.
PALABRAS CLAVE	Antibióticos, Cistostomía, Infecciones Urinarias.
TÍTULO DEL TRABAJO	TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA COMO DEBUT DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA EN EL ADULTO:
CLASE	Caso clínico (CC)

CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Garib Duncan Camila Paz (1)
CO-AUTORES	Rivera Santos José Antonio (1), Wenz Kassis María José (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Río Bueno, Río Bueno (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr Alfredo Gantz Mann, La Unión
INTRODUCCIÓN	La Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) es una neoplasia hematopoyética que involucra células inmaduras comprometidas con el linaje linfoide. La LLA Philadelphia positivo es una variante biológica y clínicamente diferente dentro de las LLA representado un 25% de las LLA del adulto. Su edad mediana de presentación entre los 25 a 30 años, con historia de comienzo agudo (< 3 meses) caracterizada por fiebre (50%), sangramiento (50%), síntomas inespecíficos (25%) y dolores osteoarticulares (15%). Al examen físico es frecuente el síndrome anémico (80-100%), hepatomegalia (40%) y esplenomegalia (60%).
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 51 años, sana, consulta en urgencias de un hospital de baja complejidad por 3 días de dolor crural derecho, se realiza ecografía doppler que diagnostica trombosis venosa profunda (TVP). Sin factores de riesgo como tabaquismo, reposo prolongado, cirugías recientes, hormonoterapia, obesidad. En exámenes de urgencia destaca leucocitosis de 27.000/uL, ante lo cual se sospechó neoplasia oculta por lo que se hospitaliza. Se realizó TC TAP que informó colelitiasis. En exámenes de control destaca GB 18.000, blastos 59%, promielocitos 1%, sugerentes de leucemia aguda por lo que se trasladó a centro de mayor complejidad para realizar estudio medular, confirmándose el diagnóstico de LLA-B Phi (+) (mediante mielograma, citometría de flujo, biología molecular y cariograma), iniciando quimioterapia (QMT) protocolo HyperCVAD-A + dasatinib. Candidata a trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénicos, el cual se realiza a los 5 meses del diagnóstico.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En los servicios de urgencia, es frecuente sospechar y diagnosticar TVP. Dentro de la anamnesis es muy importante ahondar en los factores de riesgo, y de no presentarlos, considerar dentro de los diferenciales una neoplasia oculta. La TVP no es una manifestación común como debut dentro de la LLA, pero como cualquier neoplasia, aumenta el riesgo de ella y se requiere un alto índice de sospecha para pesquisarla.

PALABRAS CLAVE	Leucemia, Leucemia Linfoblástica, Trombosis de Vena Profunda.		
TÍTULO DEL TRABAJO	ANGINA INESTABLE: PRESENTACIÓN INICIAL DE PERICARDITIS VIRAL POR EPSTEIN-BARR.		
CLASE	Caso clínico (cc)		
CATEGORÍA	b) medicina interna		
AUTOR	Javier Rodriguez Salas		
CO-AUTORES	Isidora Teresita Fernanda Anich Gutierrez	Huerta Barros	Cornejo Vial
AFILIACIÓN	(1) Medico general de zona, Hospital de Graneros, Graneros		
INTRODUCCIÓN	La pericarditis es la inflamación del pericardio (1). Existen diferentes etiologías, siendo la más común de origen viral (2). Para el diagnóstico, se debe cumplir con 2 de 4 criterios diagnósticos: dolor precordial, roces pericárdicos, alteración de ST en electrocardiograma, derrame pericárdico (2). El pronóstico depende de la causa; los casos virales e idiopáticos suelen evolucionar favorablemente (3). La presentación de un caso de pericarditis por virus de Epstein-Barr (VEB) es relevante por su baja frecuencia y dificultades diagnósticas y terapéuticas, sirviendo como herramienta educativa.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 43 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por dolor precordial tipo puntada de más de 12 horas. El electrocardiograma mostró ritmo sinusal, supradesnivel del ST en DI, V3-V6, y onda T negativa en V1-V2. Se sospechó inicialmente un infarto agudo de miocardio (IAM) anteroseptal, pero CK total fue 327 y troponinas 0.0. No hubo cambios evolutivos en ECG. Se hospitalizó en UTI por sospecha de angina inestable. Se recogió relato de dolor episódico de dos meses con palpitaciones, agravado en los hiperrefringente sin derrame, orientando a pericarditis. Se evidenció serología positiva para VEB (IgG). La paciente fue trasladada a medicina interna y dada de alta a los seis días.		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La falta de estudios sobre manifestaciones cardíacas del VEB complica su diagnóstico, especialmente en ausencia de ecografía, debido a la similitud con el IAM. El ECG, la ausencia de elevación de troponinas y la ecografía fueron claves para orientar el diagnóstico. Se plantea que		

el VEB podría actuar como cofactor inmunológico o desencadenar una respuesta autoinmune (4). Este caso subraya la importancia de considerar pericarditis viral en el diagnóstico diferencial del dolor torácico con elevación de ST.

PALABRAS CLAVE	Angina inestable, Pericarditis, Virus Epstein-Barr
TÍTULO DEL TRABAJO	ABDOMEN AGUDO POST QUIRÚRGICO; COLECISTITIS ALITIÁSICA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico
CATEGORÍA	D) Cirugía
AUTOR	Nickel Alegría Heinz(1)
CO-AUTORES	Bernard Ramírez Sebastián(2), Sepúlveda Mazzon Ignacia(3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Los Lagos, Los Lagos. (2) Médico General de Zona, Hospital de Los Lagos, Los Lagos. (3) Médico General de Zona, Hospital de Los Lagos, Los Lagos.
INTRODUCCIÓN	La colecistitis alitiásica corresponde a un porcentaje entre el 5-10% del total de las colecistitis agudas. Se presentan más comúnmente en adultos mayores, pacientes inmunosuprimidos, pacientes con comorbilidades graves o que han sido sometidos a cirugía mayor reciente. Debe ser sospechada en pacientes con factores de riesgo para un diagnóstico oportuno, intervención precoz y evitación de complicaciones.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente adulto mayor con antecedente de hospitalización prolongada reciente por artroplastia total de cadera, consulta en Servicio de Urgencias por 1 día de dolor en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos. Signos vitales estables. Al examen físico segmentario facie dolorosa, mucosas rosadas anictéricas, signo de Murphy positivo. Se solicitan exámenes complementarios en los cuales destaca elevación considerable de parámetros inflamatorios con enzimas hepáticas y pancreáticas en rango normal. Se deriva a centro de referencia bajo sospecha de colecistitis aguda, se realiza ecografía abdominal y Colangiografía magnética con hallazgos de distensión de pared vesicular,

edema perivesicular, sin litiasis en su interior. Vía biliar intra y extrahepática fina sin factor obstructivo. Se hospitaliza para resolución quirúrgica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La colecistitis alitiásica es infrecuente, se debe sospechar principalmente ante factores de riesgo definidos previamente descritos. Su presentación clínica es similar pero más insidiosa en comparación a la colecistitis litiásica. Su fisiopatología se explica por estasis biliar no obstructiva, la cual aumenta la presión intraluminal con consecuente isquemia de pared. El tratamiento de primera línea para toda colecistitis independiente de su causa es la colecistectomía.
PALABRAS CLAVE	Abdomen agudo, Colecistitis, Colelitiasis
TÍTULO DEL TRABAJO	COMPLEJO DE VON MEYENBURG: HALLAZGO INCIDENTAL INFRECUENTE. REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Salas Gianini Roxanna (1)
CO-AUTORES	López Aravena Esteban (1), Contreras Marambio Julio (2), Besa Witto Dominga (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM N1 Ramon Corbalán Melgarejo, Santiago. (2) Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago.
INTRODUCCIÓN	El complejo de Von Meyenburg o microhamartomas biliares, corresponde a lesiones hamartomatosas benignas derivadas de malformaciones de la placa ductal. Es una condición infrecuente, con una prevalencia estimada entre 0.35% y 5.6% en adultos. Estas lesiones suelen ser asintomáticas y detectadas incidentalmente en imágenes. En casos con múltiples lesiones puede observarse elevación de la gammaglutamiltransferasa (GGT). Aunque infrecuente, se han descrito casos aislados de colangiocarcinoma asociado, lo que sugiere una rara posibilidad de transformación neoplásica, por lo que la divulgación de esta patología toma relevancia.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta el caso de una paciente femenina de 65 años, sin antecedentes mórbidos. Acude a control de rutina con exámenes de

laboratorio que destacan alteraciones en las pruebas hepáticas: aspartato aminotransferasa (GOT) 57 U/L, alanina aminotransferasa (GPT) 37 U/L, GGT 333 U/L y fosfatasa alcalina 377 U/L. Ante estos resultados, se solicita ecografía abdominal, la cual informa lesiones compatibles con complejo de Von Meyenburg, calcificación en el lóbulo hepático derecho sugerente de granuloma, colecistectomía. Fue derivada a gastroenterología de su hospital de base para complementar estudio y manejo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El complejo de Von Meyenburg, aunque benigno, puede generar confusión diagnóstica con metástasis hepáticas u otras patologías malignas. Por ello, es fundamental su adecuada identificación y valoración en el contexto clínico del paciente. En este caso, la alteración de enzimas hepáticas justifica la derivación a gastroenterología para una evaluación más completa, seguimiento clínico y exclusión de complicaciones poco frecuentes. Conocer esta entidad y considerarla en el diagnóstico diferencial permite un abordaje preciso, evita intervenciones innecesarias y contribuye a una atención médica integral.

PALABRAS CLAVE Colangiocarcinoma, Hamartoma, Hígado

TÍTULO DEL TRABAJO NO TODA COXALGIA ES ARTROSIS: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA h) Especialidades (Traumatología)

AUTOR Gallardo Saavedra Irma (1)

CO-AUTORES Jara Jara Constanza (1), Moreno Campusano Sebastián (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM de Máfil, Máfil.

INTRODUCCIÓN La coxalgia es un motivo de consulta frecuente en la atención primaria. La causa más común, especialmente en adultos mayores, es la artrosis de la articulación coxofemoral. Otras causas a considerar son las lesiones de tejido blando como bursitis y tendinopatías, comunes en adultos jóvenes, fracturas en caso de presentar traumatismo previo, y entre las menos frecuentes se encuentran las de etiología infecciosa como la osteomielitis y artritis séptica, que suele acompañarse de síntomas sistémicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 53 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 y granuloma piógeno retroauricular en curaciones. Consulta por dolor en cadera derecha de un mes de evolución que genera severa limitación en la movilidad. Ingresa al servicio de urgencia taquicárdico y febril, al laboratorio con parámetros inflamatorios elevados. Se realiza tomografía computarizada de abdomen y pelvis que informa abscesos en músculo obturador interno derecho y psoas iliaco, destrucción de la cortical ósea acetabular y de cabeza femoral derecha sugerente de artritis séptica – osteomielitis. Se realiza aseo quirúrgico y toma de cultivos, que resultan positivos para Staphylococcus aureus. Se trata con cefazolina y se traslapa a cotrimoxazol forte, logrando mejoría clínica.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En el enfrentamiento clínico de la coxalgia es fundamental realizar una historia clínica detallada basada en la edad, antecedentes, factores desencadenantes y características del dolor, junto a un examen físico adecuado orientado en descartar patologías de mayor gravedad. Por ello, se debe esclarecer relación con traumatismo, presencia de síntomas sistémicos como fiebre o baja de peso y considerar dolores irradiados. De ser necesario, se debe complementar con una analítica de sangre e imágenes, como una radiografía inicial. Este enfoque permite un diagnóstico oportuno y preciso, evitando secuelas de enfermedades no tratadas a tiempo.
PALABRAS CLAVE	Artritis, Cadera, Dolor
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL INTOXICACIÓN POR PARAQUAT Y SU HISTORIA NATURAL, A PROPÓSITO DE UN CASO
CLASE	B) Medicina interna
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Alessandri Amenábar María (1)
CO-AUTORES	Chandía Muñoz Javiera (1), Osorio Guaico Camila (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Parral, Región del Maule
INTRODUCCIÓN	Las intoxicaciones por el herbicida paraquat son graves, siendo la dosis letal en humanos 10 a 20 ml a concentración del 20%. Se acumula en distintos órganos, llegando a su mayor concentración en el tejido pulmonar donde produce pneumonitis y luego fibrosis progresiva e irreversible que origina insuficiencia respiratoria terminal. El manejo corresponde a la descontaminación inmediata posterior al consumo.

La inmunosupresión con dexametasona, ciclofosfamida y metilprednisolona se practica ampliamente, con evidencia débil. La acetilcisteína podría ser beneficiosa pero no existen ensayos en humanos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina 46 años, quien firma consentimiento informado, con antecedente de cardiopatía coronaria, consulta en urgencias por dificultad respiratoria, odinofagia, vómitos, y úlceras orales post ingesta de aproximadamente 15 cc de Paraquat. Ingresa en malas condiciones generales, taquipneica, con uso de musculatura accesoria, desaturando. Se apoya con mascarilla de reservorio, saturando 87%. Destacando en exámenes de laboratorio leucocitos 25.890 cel/mm³, proteína C reactiva 435 mg/L, creatinina 6.46 mg/dl (basal 0.8 mg/dl) y elevación de transaminasas. Se realiza tomografía pulmonar que muestra enfisema centroacinar y neumonitis intersticial descamativa. Se presenta a unidad de paciente crítico, se desestima ingreso por pronóstico ominoso. Se indica manejo proporcional, terapia de soporte con fluidos endovenosos, antibióticos basados profilácticos, protección gástrica, lidocaína tópica para alimentación y pulsos de metilprednisolona. Paciente logra tolerancia oral y evoluciona con mejoría en cuanto a función renal y hepática, alcanzando valores basales al décimo día. Durante la hospitalización mantiene compromiso ventilatorio, persistiendo con requerimiento de alto flujo de oxígeno, iniciando posteriormente cánula nasal de alto flujo por mala evolución respiratoria. Se presenta a broncopulmonar, quien indica daño esperable para intoxicación, fuera del alcance terapéutico y mantiene indicaciones. Finalmente, fallece por insuficiencia respiratoria a los 42 días de hospitalizada.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La intoxicación por paraquat es letal, con pocas herramientas para su manejo, por lo primordial es la prevención.

PALABRAS CLAVE

Fibrosis, Intoxicación, Paraquat

TÍTULO DEL TRABAJO

MEGACOLON DE CAUSA ENDOCRINOLÓGICA POR HIPOTIROIDISMO:

CLASE

Caso Clínico

CATEGORÍA

b) Medicina Interna

AUTOR

Rubilar Pérez Héctor(1)

CO-AUTORES	Escanilla Caballería Sofía(2), Flores Cisterna Sebastián(2), Flores Cisterna Javiera(2)
AFILIACIÓN	1- Médico General de Zona, Hospital de la Familia y la Comunidad de Laja, 2- Interna/no de Medicina 7° año, Universidad Andres Bello, Sede Concepción
INTRODUCCIÓN	El megacolon es una dilatación total o segmentaria del colon. Entre sus causas se metabólicas-endocrinas. Dentro de estas últimas destaca el hipotiroidismo, causando estreñimiento por la ralentización de la motilidad intestinal, lo que en casos severos y prolongados genera dilatación colónica por alteración de la función del músculo liso.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta el caso de una mujer de 71 años, con antecedentes de hipotiroidismo, estreñimiento, hipertensión arterial, cirugía de cadera y hospitalización previa por coma mixedematoso. Derivada de Urgencias por hallazgo de aparente ascitis de meses de evolución. Al examen físico se evidenció buen estado general, leve disnea, abdomen globuloso, distendido y timpánico a la percusión, sin edema en extremidades. Se hospitaliza por hipokalemia severa y observación de daño hepático crónico (DHC). Durante la hospitalización se realizó ecografía bedside y exámenes, descartándose ascitis y DHC, pero destacando hormona estimulante de la tiroides (TSH) en 78 mU/L y asas intestinales dilatadas en radiografía de abdomen simple. Tras corregir hipokalemia y ajustar levotiroxina, se agendó control ambulatorio con telemedicina interna que planteó como hipótesis diagnóstica megacolon tóxico por hipotiroidismo de difícil manejo (TSH 19 mU/L), solicitando scanner de abdomen y pelvis con contraste para evaluación y seguimiento por endocrinología.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La asociación de megacolon con hipotiroidismo es infrecuente, lo que plantea un desafío diagnóstico, especialmente cuando las causas principales han sido descartadas. Esto obliga a considerar etiologías metabólico-endocrinas mediante exámenes accesibles. El tratamiento se centra en la reposición hormonal con levotiroxina, mejorando los síntomas y aumentando la respuesta colónica a agentes procinéticos en casos de hipotiroidismo descompensado con constipación crónica. La resolución puede tardar meses según la severidad del hipotiroidismo. Esta revisión invita a considerar causas endocrinológicas como

diagnóstico de megacolon, utilizando exámenes simples y manteniendo una alta sospecha en pacientes con hipotiroidismo.

PALABRAS CLAVE	Estreñimiento, Hipotiroidismo, Megacolon.
TÍTULO DEL TRABAJO	ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA DEBIDO A CONSUMO PERJUDICIAL DE DROGAS, UNA CAUSA POCO FRECUENTE PERO POTENCIALMENTE LETAL:
CLASE	Caso clínico (CC).
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Sáez Chávez Sofía (1)
CO-AUTORES	Reyes Intveen Catalina (1), Escanilla Caballería Sofía (2), Águila Sepúlveda Javiera (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de la Familia y la Comunidad de Laja, (2) Interna de Medicina 7º año, Universidad Andrés Bello, Sede Concepción.
INTRODUCCIÓN	La úlcera péptica es una lesión de la mucosa gástrica o duodenal producida por un desequilibrio en esta, principalmente generada por infección por <i>Helicobacter Pylori</i> y consumo de antiinflamatorios no esteroideos. Entre sus complicaciones están la hemorragia digestiva alta, estenosis pilórica y perforación. De esta última, una de las causas menos frecuentes es el consumo de drogas, que representa un problema actual a nivel mundial y nacional, principalmente por marihuana, cocaína y pasta base. En este contexto, se presenta un caso clínico de perforación de úlcera gástrica secundaria a consumo de pasta base.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 45 años, consumidor de pasta base durante 18 años, sin patologías crónicas de base. Consulta en Urgencias por cuadro de intenso dolor abdominal epigástrico, sudoración y abundantes vómitos, desencadenado posterior a consumo de grandes cantidades de pasta base la noche anterior. Al examen físico, hemodinámicamente estable, afebril, abdomen con resistencia muscular y signos de irritación peritoneal. Se administra analgesia incluyendo opiáceos, sin respuesta, por lo que se deriva a hospital base para estudio. Se realizan exámenes que resultan con parámetros inflamatorios elevados y scanner de abdomen y pelvis con contraste con hallazgos de úlcera antropilórica perforada. Se hospitaliza y se realiza laparotomía

exploratoria para manejo quirúrgico, sin incidentes, con recuperación posterior exitosa. Se firma consentimiento informado por usuario.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El consumo crónico de pasta base favorece la formación de úlceras gástricas con un alto riesgo de perforación. Es fundamental mantener un alto índice de sospecha ya que requiere estudio imagenológico y manejo avanzado urgente, idealmente con cirugía definitiva, para evitar recurrencias. Este caso, evidencia la importancia de reconocer el riesgo y la necesidad de implementar estrategias para prevenir el consumo perjudicial de sustancias que cada día va más en aumento en nuestra población.

PALABRAS CLAVE Dolor abdominal, Úlcera péptica, Vómitos.

TÍTULO DEL TRABAJO ESTUDIO DÉFICIT VITAMINA D EN ADULTO MAYOR CON DOLOR PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA a) Medicina familiar

AUTOR Palma Montero, Constanza Sofia (1)

CO-AUTORES Villatoro Briceño, Tamara Antonia (1), Garrido Escárte, Bárbara Garrido (1).

AFILIACIÓN (1)Médico General de Zona, CESFAM Diputado Manuel Bustos Huerta, San Antonio, Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio

INTRODUCCIÓN La síntesis de vitamina D se realiza en piel, requiriendo radiación ultravioleta. Un rol fundamental es el antagonismo de Paratohormona (PTH), equilibrando calcio y resorción ósea. Hipovitaminosis D genera aumento PTH y aumento resorción ósea. Principal causa es disminución síntesis en piel por baja exposición solar, con clínica inespecífica (debilidad muscular, dolor generalizado, astenia, etc) además, se asocia a aumento riesgo de patologías autoinmunes y cardiovasculares. Actualmente no se encuentra disponible su estudio en Atención Primaria en Salud (APS).

PRESENTACIÓN DEL CASO Femenina 67 años, antecedentes Trastorno de Ansiedad y Gonartrosis. Consultó por aumento gonalgia y dolor generalizado, moderado, predominantemente extremidades, 4 meses de evolución, sin otros síntomas, sin cambio estilo de vida, solamente destaca escasa exposición solar desde pandemia con piel fototipo II. Se realizó estudio de laboratorio de APS con glicemia, hemograma, hormona

tiroestimulante, Perfil Lipídico, función renal y hepática, B12, y estudio particular vitamina D. En resultados, única alteración niveles extremadamente bajos vitamina D (8 ng/mL), se suplementó con dosis de carga Colecalciferol oral 2 ml/300.000 UI, dosis 10 gotas semanales por 8 semanas. A las 3 semanas paciente refirió mejoría de síntomas, disminución dolor de 5/10 a 2/10, mayor energía y mejor calidad de vida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En última década han aumentado estudios impacto hipovitaminosis D en funciones corporales y enfermedades. El confinamiento en pandemia limitó exposición solar, con hipovitaminosis D en mayor población. Pero, en Chile, no se correlaciona con expansión estudio y tratamiento. No existe guía enfrentamiento y estudio y tratamiento no están disponibles en canasta APS, por lo que su abordaje depende del criterio médico y recursos particulares del paciente. Esto plantea incluir en la práctica médica habitual de APS el estudio de vitamina D considerando su importancia en múltiples funciones y el impacto en calidad de vida que puede generar su déficit.
PALABRAS CLAVE	Atención Primaria de Salud, dolor generalizado, Vitamina D.
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY-WEBER; A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Dermatología, Cirugía vascular
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Arantxa Gorigoitia Sielfeld (1)
CO-AUTORES	Nicolás Meza Saavedra (1) José Sandoval Hernández (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano General de Zona, CESFAM Placeres, Valparaíso. (2) Médico Cirujano, CESFAM Placeres, Valparaíso.
INTRODUCCIÓN	El síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber (SKTW) corresponde a patología vascular compleja asociada a un sobrecrecimiento vascular que se produce por mutaciones en el gen PIK3CA. El diagnóstico se realiza a través del examen físico e imágenes como la ecotomografía o resonancia nuclear magnética. El hallazgo principal suele ser una anomalía segmentaria con una mancha cutánea tipo vino oporto asociado a malformaciones y sobrecrecimiento vasculolinfático.

Algunos pacientes pueden presentar complicaciones, principalmente tromboembólicas, es por esto que será necesario realizar un oportuno diagnóstico y derivación a especialistas.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 31 años con antecedente de SKTW diagnosticado en extrasistema hace 10 años, estuvo en tratamiento con ácido acetil salicílico 100 mg al día indicado por cirujano vascular, sin embargo actualmente autosuspendido por el paciente. Consulta en morbilidad en CESFAM por aumento de volumen que inicia hace 2-3 meses de 3x3 centímetros a nivel anteromedial inferior de rodilla izquierda asociada a gran mancha tipo vino oporto congénita que se extiende desde la cadera izquierda a la rodilla izquierda. Al examen se observa dilatación varicosa con ectasia asociado a eritema, edema y dolor a la palpación. Ante la sospecha diagnóstica de complicación, se decide derivar a Dermatología vía Hospital Digital, quienes indican reiniciar aspirina, derivar a cirugía vascular y dermatología, presencial para estudio y manejo.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En pacientes con SKTW deberá realizarse el diagnóstico diferencial de otros síndromes de sobrecrecimiento vascular con lesiones cutáneas. El tratamiento generalmente requiere de un equipo multidisciplinario, la mayoría de pacientes requerirá solo de manejo sintomático y unos pocos de intervenciones quirúrgicas. El SKTW es una condición infrecuente que debe ser considerada como una opción diagnóstica al enfrentarnos a un paciente con una mancha de tipo vino oporto congénita asociada a malformaciones vasculo-linfáticas. Es necesario conocer esta condición para poder realizar una sospecha diagnóstica con una derivación pertinente de forma oportuna.
PALABRAS CLAVE	Klippel-Trenaunay-Weber Syndrome, Vascular Malformations, Port-Wine Stains.
TÍTULO DEL TRABAJO	SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD: IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN RED Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Caniuman Vergara Millaray (1)

CO-AUTORES	Peirano Borcosque Isabella (2), Pino Araya Vanessa (2), Venegas Celedón María (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Victor Hugo Moll, Cabildo(2) Médico General de Zona, Hospital Victor Hugo Moll, Cabildo
INTRODUCCIÓN	La disección aórtica tipo A es una urgencia vital que requiere resolución quirúrgica inmediata en centros de alta complejidad. En este contexto, el trabajo coordinado entre distintos niveles asistenciales resulta fundamental tanto para el diagnóstico oportuno como para el seguimiento del paciente una vez resuelto el evento agudo. Este caso clínico destaca el rol clave de los hospitales de baja complejidad en la continuidad del cuidado tras una cirugía mayor cardiovascular.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 42 años, sin antecedentes mórbidos, consultó en hospital de baja complejidad por dolor torácico opresivo súbito, EVA 9/10, irradiado a dorso, sin respuesta a manejo sintomático. Se realizó tomografía axial computarizada (TAC) de tórax contrastada que evidenció signos de disección aórtica. Fue derivado al Hospital Biprovincial de Quillota, donde se confirmó disección tipo A mediante angioTAC. Posteriormente trasladado al Hospital Gustavo Frické, donde se realizó cirugía de Bentall con reemplazo valvular aórtico. Evolucionó favorablemente y fue derivado a seguimiento ambulatorio en policlínico del hospital de baja complejidad, donde se ha mantenido control clínico, ajuste farmacológico y coordinación con cardiología del nivel terciario. Se obtuvo consentimiento informado para uso académico de su información clínica.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso evidencia la importancia de una red asistencial articulada. La pesquisa precoz en un centro con recursos limitados, la referencia efectiva y el seguimiento estructurado permiten una atención integral y segura. Los hospitales de baja complejidad cumplen un rol esencial en el control de comorbilidades, adherencia terapéutica y educación del paciente. Se recomienda formalizar protocolos de seguimiento postquirúrgico y fortalecer la comunicación entre niveles de atención para mejorar los resultados en patologías cardiovasculares complejas.
PALABRAS CLAVE	Aorta Torácica, Atención en Salud, Cirugía Cardiovascular
TÍTULO DEL TRABAJO	TRASTORNO DE ANSIEDAD O INSUFICIENCIA CARDIACA: IMPORTANCIA DEL JUICIO CLÍNICO:

CLASE	CASO CLÍNICO (CC)
CATEGORÍA	H) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	Jara Meza Francisca (1)
CO-AUTORES	Cruz Concha Karolina (1), Salinas Pizarro Javiera (1), Corvalán Díaz Josefina (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico en Etapa de Destinación y Formación Hospital Chileno Japonés de Hualañé, Hualañé. (2) Alumna de Cuarto año de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
INTRODUCCIÓN	La insuficiencia cardíaca es una entidad clínica prevalente, que puede presentarse con síntomas inespecíficos. En ocasiones pueden ser atribuidos erróneamente a trastornos psiquiátricos, particularmente en pacientes sin antecedentes cardiovasculares. Esta confusión diagnóstica puede retrasar el tratamiento oportuno y agravar el pronóstico. El objetivo de presentar este caso clínico es evidenciar la relevancia del juicio clínico en el diagnóstico diferencial de insuficiencia cardíaca para evitar demoras terapéuticas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de sexo femenino, 43 años de edad, sin antecedentes mórbidos conocidos. Consulta a inicios de enero del 2024 en servicio de urgencias de hospital de baja complejidad por sensación de disnea y debilidad, sin otros síntomas. Examen físico sin hallazgos anormales descritos. Se realiza electrocardiograma que no muestra alteraciones. Se sospecha trastorno de ansiedad, por lo que administran ansiolíticos endovenosos. Paciente presenta mejoría sintomática y se da de alta. Al día siguiente se evalúa en ingreso de salud mental donde se realiza anamnesis exhaustiva. Destaca cuadro de 2 meses de evolución de disnea de esfuerzo moderado, astenia, edema de extremidades inferiores, ortopnea y disnea paroxística nocturna. Al examen físico destaca edema de extremidades inferiores bilateral y simétrico. Se solicita ecocardiograma que informa insuficiencia tricuspídea severa, fracción de eyección del ventrículo derecho de 28%, con signos de hipertensión pulmonar. Se hospitaliza en centro de mayor complejidad, iniciándose manejo por especialistas con diuréticos y sildenafil, con buena respuesta.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso refleja la dificultad diagnóstica que puede surgir cuando síntomas inespecíficos son interpretados inicialmente como manifestaciones de patologías psiquiátricas. La anamnesis detallada, junto con un examen físico exhaustivo son fundamentales para evitar errores diagnósticos. Estudios demuestran que el diagnóstico precoz

de insuficiencia cardíaca es clave para un manejo oportuno y una mejor evolución clínica. Este caso resalta la importancia de mantener un enfoque clínico amplio y considerar diagnósticos diferenciales incluso en pacientes sin antecedentes mórbidos previos.

PALABRAS CLAVE	Hipertensión pulmonar, Insuficiencia cardiaca, Salud mental
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE REACCIÓN A FÁRMACOS CON EOSINOFILIA Y SÍNTOMAS SISTÉMICOS POR SUPLEMENTACIÓN VITAMÍNICA, REPORTE DE CASO:
CLASE	b) Medicina Interna
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Cancino Gómez Ítalo Ignacio (1).
CO-AUTORES	Manríquez Maturana Catalina Polet (2), Fernández Torrejón Eduardo Hernán (1).
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Tocopilla, Tocopilla. (2) Médica Cirujana, Hospital de Tocopilla, Tocopilla
INTRODUCCIÓN	El síndrome de reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) es una reacción adversa mediada por células T, presenta exantema morbiliforme, fiebre, edema facial, eosinofilia, linfadenopatía y afectación multiorgánica. Los principales medicamentos asociados se incluyen antibióticos, antituberculosos y antiinflamatorios no esteroideos. El caso ilustra la importancia de mantener en consideración este diagnóstico y monitorizar a los pacientes afectados.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina 60 años, antecedente hipotiroidismo tratado con levotiroxina, consultó en urgencias Hospital Tocopilla por exantema súbito maculopapular eritematoso centrípeto desde tórax hasta extremidades superiores-inferiores y compromiso palmo-plantar, posterior a ingesta de suplemento polivitamínico. Al examen físico se corroboró lesiones y extensión, afebril. Se solicitó función renal, hepática, generales, serología sífilis, y biopsia cutánea. Creatinina: 0.4, proteína C reactiva: 3.14, leucocitos: 21000, eosinófilos: 12%, plaquetas 156000. Serología negativa. Se inició corticoides, manejo sintomático y monitorización hospitalizada. Mejoría sintomática, laboratorio sin cambios. Biopsia informó microscopía compatible DRESS.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El DRESS representa un reto clínico por su variabilidad y potencial gravedad. Se presenta una forma inducida por un suplemento polivitamínico, destacando la necesidad de considerar productos de venta libre como desencadenantes. La paciente presentó exantema maculopapular, leucocitosis y eosinofilia del 12%, característicos de este síndrome, aunque sin fiebre ni signos de disfunción orgánica. Diagnóstico confirmado mediante histología cutánea. Los corticoides precoces fueron efectivos. La biopsia cutánea resulta clave en el diagnóstico ante clínica atípica o sutil. El caso destaca la importancia del índice de sospecha, incluso sin signos sistémicos evidentes, y la necesidad de una anamnesis completa, incluyendo suplementos.
PALABRAS CLAVE	Corticosteroides, Reacción Farmacológica con Eosinofilia y Síntomas Sistémicos, Suplementos Dietéticos.
TÍTULO DEL TRABAJO	EMBOLISMO PULMONAR SECUNDARIO A SÍNDROME NEFRÓTICO, UNA CAUSA A RECORDAR. REPORTE DE CASO.
CLASE	Caso clínico
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Pino Luengo Rodrigo (1)
CO-AUTORES	Pérez Benítez Kevin (1) Pérez Rade Sergio (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital San José de Parral, Parral.
INTRODUCCIÓN	El síndrome nefrótico se define por la triada constituida por: proteinuria, hipoalbuminemia y edema, causado por una lesión de la barrera de filtración glomerular morfológica o funcional. Como síndrome predispone a múltiples complicaciones, suponiendo un reto diagnóstico para el médico general en urgencias. Para este caso clínico se destacan las complicaciones embólicas presentadas como embolismo pulmonar.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino 33 años, con antecedente de Síndrome nefrótico secundario a glomerulonefritis membranosa primaria recientemente diagnosticado, consulta en servicio de urgencias del Hospital de Parral por cuadro de 1 día, caracterizado por disnea, sensación febril y dolor torácico tipo puntada bilateral. En estudios complementarios destaca laboratorio con elevación de parámetros inflamatorios, hipoalbuminemia en 2.1mg/dl y proteínas en orina. Se hospitaliza como observación de neumonía, pero, persiste con dolor intenso durante las primeras horas, se decide derivar a Hospital de Linares

para toma de Angiotomografía de tórax, la cual informó: Tromboembolismo pulmonar múltiple, discretos signos de sobrecarga ventricular y signos de infartos pulmonar. En dicho centro se tromboliza y hospitaliza en unidad de tratamiento intermedio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Múltiples factores fisiopatológicos generan una gran hipercoagulabilidad en el síndrome nefrótico, destaca la diuresis de factores anticoagulantes y la sobreproducción hepática de factores procoagulantes. Especial atención requieren los pacientes cursando con hipoalbuminemia menor a 2.5g/dL, quienes tienen alto riesgo embólico. Conocer las complicaciones embólicas más comunes, como la trombosis venosa profunda y el embolismo pulmonar, favorecerá diagnósticos oportunos y manejos certeros en pacientes con el antecedente. Por otro lado, la sospecha precoz ante un paciente con patología embólica más la triada clásica del síndrome nefrótico -en pacientes sin diagnóstico previo- puede ser diferencial. En este caso el paciente pudo derivarse desde la urgencia de manera precoz para estudio y manejo en un hospital de mayor complejidad, siendo actor principal el médico general que se desempeña en la urgencia hospitalaria.
PALABRAS CLAVE	Glomerulonefritis Membranosa, Síndrome nefrótico, Tromboembolismo Pulmonar,
TÍTULO DEL TRABAJO	ENFERMEDAD DE MENIERE INFANTIL A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC).
CATEGORÍA	H) Especialidades (Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Psiquiatría, entre otros)
AUTOR	Cabezas Benavente José (1)
CO-AUTORES	Saavedra Lara Camila (1), Arroyo Alarcón Ricardo (2), Caro Garcia Mitsu (2).
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Adriana Madrid de Costabal, María Pinto (2) Interno de Medicina, CESFAM Adriana Madrid de Costabal, Universidad de Chile, Santiago.

INTRODUCCIÓN	La enfermedad de Menière (EM) es un trastorno del oído interno que provoca vértigo, tinnitus, hipoacusia fluctuante y sensación de plenitud. Es poco frecuente en niños (2.3% de casos de EM) y su diagnóstico temprano es complejo debido a su dificultad para comunicar síntomas. El manejo, similar al de adultos, incluye diuréticos y, en casos refractarios, cirugía. Este caso clínico busca destacar los desafíos en el diagnóstico y tratamiento de la EM en edades tempranas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 7 años, con hipoacusia derecha progresiva y fluctuante de 6 meses de evolución, asociada a vértigo objetivo intermitente con 3 episodios semanales, de 5 horas de duración, asociado a sensación de plenitud de oídos, tinnitus, vómitos y cefalea. El examen físico sin signos de vértigo central y otoscopia normal. Se sospechó inicialmente migraña vestibular y se inició tratamiento con Flunarizina, sin respuesta clínica. En estudio, audiometría mostró hipoacusia neurosensorial derecha, impedanciometría con curva As en oído derecho y resonancia magnética cerebral sugerente de hidrops endolinfático. Se realiza manejo con corticoides orales e intratimpánicos, sin mejoría. Se diagnostica enfermedad de Menière, iniciando manejo con Difenidol, audífono en el oído derecho y rehabilitación vestibular. En audiometrías secuenciales, evoluciona con aumento de la pérdida auditiva, progresando a anacusia derecha e hipoacusia neurosensorial severa izquierda.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La EM infantil representa un desafío diagnóstico y terapéutico, dada su baja prevalencia y sintomatología difícil de pesquisar en niños. Este caso resalta la importancia de considerar el hidrops endolinfático en la infancia. Además, la necesidad de considerar diagnósticos diferenciales como la migraña vestibular. La progresión a anacusia enfatiza el diagnóstico precoz y manejo multidisciplinario. El rol de la imagenología y audiometría muestra la importancia de la tecnología médica. Este caso aporta evidencia relevante para fortalecer criterios diagnósticos pediátricos y orientar futuras estrategias terapéuticas individualizadas.
PALABRAS CLAVE	Hipoacusia, Pediatría, Enfermedad de Meniere, Vértigo.
TÍTULO DEL TRABAJO	PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE POR TRAUMA, REPORTE DE CASO:
CLASE	d) Cirugía

CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Cancino Gómez Ítalo Ignacio (1)
CO-AUTORES	Jara Sepúlveda Marcos Ignacio (1), Rivano Gálvez Pablo Emilio (1).
AFILIACIÓN	(1)Médico General de Zona, Hospital de Tocopilla, Tocopilla.
INTRODUCCIÓN	La pancreatitis aguda es una causa frecuente de dolor abdominal en urgencias, con una forma grave (necrotizante) tiene mortalidad relevante y puede ser provocada por obstrucción biliar, infecciones o trauma entre otras causas. Su diagnóstico puede dificultarse en pacientes jóvenes sin factores de riesgo evidentes. El objetivo de esta presentación es exponer un caso de pancreatitis aguda necrotizante causada por trauma y evidenciar la necesidad de la evaluación exhaustiva del dolor abdominal.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino 40 años consultó por segunda vez en urgencias Hospital de Tocopilla por dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos y meteorismo, posterior a aplastamiento abdominal con motocicleta 4 días antes. En primera consulta se diagnosticó colitis inespecífica. En la reevaluación se constató epigastralgia persistente, deshidratación leve y signos vitales estables. Se informó valor crítico de laboratorio: amilasa 2260 U/L, LDH 1781 U/L, creatinina 20 mg/dL, BUN 142 mg/dL, sodio 121 mEq/L, GPT 377 U/L. Paciente rechazó traslado y consultó por sus propios medios en Hospital Regional Antofagasta. Se realizó TC abdominal que informó pancreatitis aguda necrotizante.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso evidencia la necesidad de la evaluación clínica minuciosa frente al dolor abdominal persistente en urgencias, incluso en pacientes contusos. La pancreatitis aguda puede tener causas no evidentes como trauma abdominal. El rechazo de hospitalización en cuadros multidisciplinariamente. Se enfatiza la importancia de la educación al paciente y su entorno, del acceso oportuno a imágenes diagnósticas en establecimientos de baja complejidad y el examen abdominal minucioso.
PALABRAS CLAVE	Dolor abdominal, Pancreatitis Aguda Necrotizante, Servicios Médicos de Urgencia.
TÍTULO DEL TRABAJO	INFARTO RENAL SECUNDARIO A FIBRILACIÓN AURICULAR, REPORTE DE UN CASO:
CLASE	b) Medicina Interna
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)

AUTOR	Pérez Lucero Laura (1)			
CO-AUTORES	Vargas	Atton	Luis	(2)
	Verdugo	Muñoz	Karolan	(1)
	Agurto Saez Mariana (3)			
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, CESFAM Dr. Orlando Leyton A, Peralillo. (2) Médico General de Zona, CESFAM Santa Cruz, Santa Cruz. (3) Médica General de Zona, Hospital Santa Isabel de Lebu, Lebu			
INTRODUCCIÓN	El infarto renal (IR) se produce por oclusión de la arteria renal o sus ramas. Es una patología infrecuente e infradiagnosticada, debido a su clínica inespecífica, que puede ser fácilmente confundida con cuadros de alta prevalencia como el cólico renal y la pielonefritis aguda. Se asocia a una evolución desfavorable en un alto porcentaje de casos. Este trabajo pretende relevar la importancia de la sospecha precoz para prevenir su evolución a cuadros de mayor severidad.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 55 años, con antecedentes de hipotiroidismo, tabaquismo e hipertensión arterial sin tratamiento desde hace 1 año. Refería palpitaciones intermitentes hace 2 meses, por lo que decidió consultar. Su electrocardiograma mostraba bradicardia sinusal de 52 latidos por minuto, sin otros hallazgos. Mientras se encontraba a la espera de estudio ambulatorio con holter de ritmo (HdR), presentó episodio de dolor en hemiabdomen derecho, asociado a náuseas y vómitos, sin respuesta a analgesia indicada en 2 consultas en urgencias. Por ello fue derivada al día siguiente a centro de mayor complejidad. En exámenes destacó hematuria microscópica y escáner de abdomen y pelvis evidenciaba extenso IR derecho. HdR mostraba fibrilación auricular paroxística, por lo que se sospechó tromboembolismo de origen cardíaco. Debido a evolución mayor a 24 hrs del cuadro, no se sometió a trombolisis intraarterial, sino que se indicó anticoagulación y manejo ambulatorio. A los 6 meses persistió con disminución de función renal, con velocidad de filtración glomerular de 34 ml/min.			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El tratamiento precoz con anticoagulantes en pacientes que presentan IR puede mejorar el pronóstico y prevenir una insuficiencia renal. Por ello, es relevante un elevado índice de sospecha ante cuadros con dolor abdominal en flancos asociado a síntomas neurovegetativos de difícil manejo. Esto es especialmente importante en aquellos con factores de riesgo para tromboembolismo, como tabaquismo y fibrilación auricular, como en el caso descrito.			

PALABRAS CLAVE	Fibrilación auricular, Lesión renal aguda, Obstrucción de la arteria renal
TÍTULO DEL TRABAJO	GRANULOMA ANULAR GENERALIZADO, REPORTE DE CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (dermatología)
AUTOR	Latorre Sanhueza Diego (1)
CO-AUTORES	Ocampo Sepúlveda Javiera (2) Hidalgo Alvarado Brayan (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, CESFAM Dr. René Tapia Salgado, Castro. (2) Médico general de zona, CESFAM Dalcahue, Dalcahue.
INTRODUCCIÓN	El granuloma anular (GA) es una dermatosis benigna, inflamatoria-granulomatosa de etiología desconocida, con varias formas clínicas de presentación. El granuloma anular generalizado (GAG) corresponde a una forma clínica poco frecuente del GA, representando menos del 15% de todos los casos de esta dermatosis. A continuación se presenta un caso clínico pesquisado en atención primaria con el objetivo de conocer sus características y mejorar su sospecha diagnóstica.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de sexo femenino de 57 años, con antecedente de fibromialgia, consultó por aparición de lesiones en manos, brazos y torax, de aproximadamente 1 año de evolución, discretamente pruriginosas, sin otros síntomas. Al examen presentaba lesiones tipo pápula, agrupadas en forma de anillo, formando halo eritematoso con centro de coloración similar a piel circundante, múltiples, de tamaños variables entre 5 mm, a 2 cm, distribuidas en superficies extensoras de ambas manos, porción proximal de ambas extremidades superiores y en región torácica anterior, sin otros cambios superficiales en la piel. Se decidió realizar derivación a especialidad de dermatología, donde se confirmó el diagnóstico de granuloma anular por histo-patología y se inició tratamiento combinado con fototerapia y metotrexato, el cual mantiene hasta la fecha. La paciente consintió informadamente publicar su caso para que más usuarios puedan ser diagnosticados oportunamente.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El granuloma anular generalizado es una forma extensa y diseminada del granuloma anular. Puede confundirse con otras afecciones cutáneas comunes, como la tiña corporal, la pitiriasis rosada o la

psoriasis. La ausencia de cambios superficiales en la piel es la característica clave que distingue al granuloma anular de estas otras afecciones cutáneas. No hay consenso acerca del tratamiento de elección, siendo los corticoides sistémicos y tópicos los agentes más utilizados en la forma generalizada. Las frecuentes remisiones y recaídas hacen relevante el rol del médico general en el seguimiento y acompañamiento de esta patología.

PALABRAS CLAVE	Dermatosis, Granuloma anular, Tiña corporal.
TÍTULO DEL TRABAJO	IMPORTANCIA DE CONSIDERAR DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE ANEMIA: MIELOMA MÚLTIPLE:
CLASE	b) Medicina Interna
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Fáez Costa Rocío (1)
CO-AUTORES	González Oppliger Diego (2), Alfaro Castillo Cristian (2)
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, CESFAM San Joaquín, San Joaquín, Santiago (2) Médico General de Zona, CESFAM Barros Luco, San Miguel, Santiago
INTRODUCCIÓN	La anemia es un hallazgo clínico frecuente con múltiples causas, entre ellas el mieloma múltiple (MM), una neoplasia de células plasmáticas que afecta la médula ósea. Es subdiagnosticada, especialmente en adultos mayores con síntomas inespecíficos. La anemia, generalmente normocítica-normocrómica, está presente en el 70% de los casos al diagnóstico. No considerarla en el diagnóstico diferencial puede retrasar el tratamiento y afectar negativamente el pronóstico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, trombocitosis esencial en tratamiento (5 años), y cardiopatía coronaria. Hospitalizado recientemente por insuficiencia renal aguda (creatinina 5.36, basal 0.95 en abril 2024) y bicitopenia (anemia macrocítica severa y leucopenia moderada). Recibió transfusión de 3 unidades de glóbulos rojos y vitamina B12. Se atribuyó bicitopenia a efecto adverso de hidroxycarbamida, la cual fue suspendida. Se descartó causa obstructiva de la falla renal; se indicó manejo antiproteinúrico y derivación a nefrología. Dos semanas después consulta por dolor precordial urente, disnea, palpitaciones y lumbalgia. Familiar refiere síntomas larvados de 3 meses: astenia, fatiga, palidez, hiporexia, baja de peso (6 kg), mialgias, cefalea,

gingivorragia, y orinas espumosas. Exámenes muestran Hemoglobina 7.2, insuficiencia renal aguda Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) III (creatinina 4.47, urea 216), sin alteraciones hidroelectrolíticas. Presenta hipercalcemia severa (14 mg/dL), con persistencia en 10.5 tras tratamiento. Se evidencian Inmunoglobulinas G 998, índice kappa/lambda 10.226, Beta-2 microglobulina 21, proteinuria con componente monoclonal y mielograma con >80% plasmocitos. Se confirma diagnóstico de mieloma múltiple e inicia quimioterapia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Aunque es una enfermedad hematológica poco frecuente, el mieloma múltiple debe considerarse activamente, sobre todo en adultos mayores con síntomas inespecíficos. Su detección precoz puede mejorar significativamente la sobrevida y calidad de vida. Es fundamental mantener una mirada amplia ante patologías comunes y reconocer signos clínicos o de laboratorio que orienten al diagnóstico temprano de enfermedades malignas como esta.

PALABRAS CLAVE Anemia, Mieloma Múltiple, Insuficiencia Renal

TÍTULO DEL TRABAJO RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL SELECTIVA EN EMBARAZO GEMELAR Y SUS RESULTADOS ADVERSOS:

CLASE e) Ginecología y Obstetricia

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Fález Costa Rocío (1)

CO-AUTORES Marzullo Sotomayor Isidora (2), González Oppliger Diego (3), Alfaro Castillo Cristian (3)

AFILIACIÓN (1) Médica General de Zona, CESFAM San Joaquín, San Joaquín, Santiago (2) Médica General de Zona, CESFAM Recreo, San Miguel, Santiago (3) Médico General de Zona, CESFAM Barros Luco, San Miguel, Santiago

INTRODUCCIÓN La restricción de crecimiento fetal (RCF) selectiva afecta aproximadamente al 12% de los embarazos múltiples, y suele deberse a una distribución desigual de la placenta. Se define por una diferencia de peso mayor al 25% entre fetos, siendo uno menor al percentil 10. En gestaciones monocoriales, aumenta el riesgo de muerte fetal en el gemelo más pequeño y de secuelas neurológicas en el otro. Un diagnóstico y manejo oportuno son fundamentales para reducir la

morbimortalidad neonatal. Se presentará caso con el objetivo de mencionar algunas de sus frecuentes complicaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 41 años, múltipara de 3, con embarazo gemelar monocorial-biamniótico, sin antecedentes mórbidos, en control por alto riesgo. A las 34+1 semanas, ecografía muestra Feto 1 con peso estimado de 2215 g (percentil 38) y Feto 2 con 1598 g (percentil <2.5), con diferencia del 27.8%. Doppler fetal informa vasodilatación cerebral (índice de pulsatilidad Arteria Cerebral Media 1.37 con peak sistólico 45.1 cm/seg). Se indica hospitalización materna e interrupción vía alta. Recién nacida sin signos inmediatos de complicaciones. Al segundo día presenta desaturación, bradicardia y apnea, seguida de polipnea intermitente y retracciones leves. Se inicia oxígeno y aminofilina. Radiografía torácica muestra infiltrado intersticial bilateral, compatible con taquipnea transitoria del recién nacido. Evoluciona favorablemente; a los 4 días se retira el tratamiento. Al sexto día presenta incoordinación de la deglución; estudios neurológico y metabólico son normales, interpretándose como inmadurez. Con evolución favorable, logrando succión efectiva. Se otorga alta hospitalaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las complicaciones más frecuentes en recién nacidos con RCF selectiva son neurológicas y respiratorias, muchas veces asociadas a la interrupción precoz del embarazo. Una intervención oportuna, guiada por hallazgos Doppler, puede disminuir riesgos graves y preparar al equipo de salud para ellas. Este caso demuestra que, pese a eventos adversos iniciales, el manejo adecuado permitió una evolución clínica favorable.

PALABRAS CLAVE

Retraso del Crecimiento Fetal, Embarazo Múltiple, Ultrasonografía Doppler

TÍTULO DEL TRABAJO

SÍNDROME DE LA BOLSA DE ORINA PÚRPURA EN PACIENTE ASINTOMÁTICA, UN HALLAZGO INFRECLENTE:

CLASE

Caso clínico

CATEGORÍA

Medicina Interna

AUTOR

Cárdenas Peña Fernanda (1)

CO-AUTORES

Schwerter Romero Rosario (1), Barría Wall Felipe (1), Olavarría Abarca Joaquín (1)

AFILIACIÓN

(1) Médico EDF Hospital de Curacaví

INTRODUCCIÓN	El síndrome de la bolsa de orina púrpura (PUBS) es una condición benigna y poco frecuente, que afecta principalmente a adultos mayores con enfermedades crónicas, sondas vesicales permanentes y concomitancia de una infección del tracto urinario (ITU). Las bacterias más comúnmente involucradas son <i>Providencia stuartii</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Proteus mirabilis</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> y <i>Klebsiella pneumoniae</i> . La patogénesis se basa en la conversión del triptófano dietario en indol, que se conjuga a indoxil sulfato en el hígado y se excreta por orina, donde es hidrolizado a indoxil. Este, en ambiente alcalino y en contacto con la sonda, se oxida a índigo e indirrubina, generando la coloración púrpura característica. Se presenta un caso para ilustrar su reconocimiento y abordaje clínico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 86 años con antecedentes de accidente cerebrovascular, demencia moderada, diabetes mellitus tipo 2, hospitalizada para curaciones de lesión por presión sacra grado III. Durante la hospitalización se pesquisa orina de tinte azul-púrpura en bolsa recolectora de sonda foley (SF), asintomática desde el punto de vista genitourinario. Luego de confirmar que no ha recibido medios de contraste o tinturas se decide cambiar SF y se solicita uroanálisis y urocultivo. El uroanálisis informa hallazgos inflamatorios y el urocultivo resulta polimicrobiano, sin aislar agente específico. No presentaba indicación de tratamiento con antibióticos y con el cambio de SF no volvió a repetirse el hallazgo, apoyando el diagnóstico definitivo de PUBS.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El PUBS es poco frecuente pero muy llamativo en la clínica, documentada pocas veces en la literatura. Dada su baja incidencia es fundamental difundir casos clínicos y fotografías para que los médicos se familiaricen con él. Si bien suele ser una condición benigna, al estar asociado a ITU, debe estudiarse y en caso de ser necesario tratarse.
PALABRAS CLAVE	Síndrome de la bolsa de orina púrpura, Infección del tracto urinario, Sonda vesical.
TÍTULO DEL TRABAJO	ANEMIA HEMOLÍTICA COMO MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME DE EVANS: REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	DIEZ LAGOS CAMILO (1)

CO-AUTORES	NEUMANN KLEIN JOSEFINA (1), FAUNDEZ CHABOUTY CAMILA (2) GONZÁLEZ MONSÁLVEZ PAULA (2)
AFILIACIÓN	(1) MÉDICO GENERAL DE ZONA, CESFAM TEODORO SCHMIDT, TEODORO SCHMIDT (2) MÉDICO APS, CESFAM LAS COLINAS, PADRE LAS CASAS
INTRODUCCIÓN	El síndrome de Evans (SE) es una condición muy rara de origen autoinmune que involucra la presencia de 2 o más citopenias, siendo las más frecuentes la anemia hemolítica autoinmune (AHA) y la trombocitopenia autoinmune (PTAI). Se caracteriza por una evolución muy heterogénea con constantes exacerbaciones y remisiones, además de un fuerte asociación a otras enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso sistémico (LES) y enfermedades linfoproliferativas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	trombocitopenia autoinmune y pseudohipoparatiroidismo. Consulta en servicio de urgencia por cuadro de 1 mes de evolución de disnea progresiva hasta llegar a mínimos esfuerzos, fatiga y astenia marcada. Al control de signos vitales destaca, taquicardia 110 latidos por minuto y desaturando 94% . Al examen físico presenta palidez, ictericia sin otras lesiones cutáneas de relevancia. Se realizó exámenes, resultando con hemoglobina: 7.4, hematocrito: 23.3 plaquetas : 48.000 y bilirrubinemia: 4.4 de predominio indirecto: 4.1. Se observa una progresión de leve a moderada en trombocitopenia y aparición de anemia, en comparación con exámenes de hace 2 meses. Se indicó hospitalizar para manejo. En estudio intrahospitalario presenta Test Coombs directo (+), reticulocitos: 2.2%, panel autoinmune anticuerpos antinucleares 1/160, esplenomegalia visible en scanner, con biopsia de médula ósea sin hallazgos patológicos. Se diagnostica anemia hemolítica autoinmune y se maneja con uso de inmunoglobulinas endovenosa en asociación con metilprednisolona, presentando buena respuesta a tratamiento, con remisión y recuperación de bicitopenia.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El síndrome de Evans es un diagnóstico de exclusión. En el caso expuesto se confirma por diversos factores tales como el antecedente de PTAI, presentarse como anemia regenerativa con médula ósea sana y test coombs directo (+) sin historial de transfusiones. Dado sus frecuentes exacerbaciones requiere de un control y vigilancia periódica por especialistas.

PALABRAS CLAVE	ANEMIA HEMOLÍTICA, ENFERMEDADES AUTOINMUNES, TROMBOCITOPENIA
TÍTULO DEL TRABAJO	TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTE ADULTA MAYOR QUE CONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	a) Medicina Familiar
AUTOR	Fábrega Valenzuela Adolfo (1)
CO-AUTORES	Alegría Matamala Tamara (2), Valenzuela Yáñez Sebastián (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Dra. Mariela Salgado Lo Espejo. (2) Médica General de Zona, CESFAM Dr. Julio Acuña Pinzón, Lo Espejo. (3) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Julio Acuña Pinzón, Lo Espejo.
INTRODUCCIÓN	La tuberculosis (TBC) es una patología de relevancia epidemiológica y clínica, al ser una entidad contagiosa asociada a múltiples factores de riesgo. Este caso ilustra la importancia de obtener muestras de expectoración en pacientes adultos mayores oligosintomáticos para un diagnóstico oportuno de TBC, evitando confusiones con otras patologías, como la neoplasia pulmonar.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 74 años, con antecedentes de diabetes, hipertensión y tabaquismo pasivo. Consultó en atención primaria de salud (APS) en diciembre de 2024 por tos subaguda. Se diagnosticó neumonía y se solicitaron radiografía de tórax y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para TBC, pero no se logró obtener muestra de expectoración. Durante control médico, la paciente refirió pérdida de peso y se revisaron radiografías de octubre y diciembre de 2024, que mostraron radiopacidades en el lóbulo superior derecho y adenopatías bilaterales. Fue derivada a especialidad por sospecha de neoplasia pulmonar. Debido a la persistencia de síntomas, la paciente acudió a extrasistema en marzo de 2025, donde se obtuvo una muestra de expectoración que confirmó TBC. Posteriormente, regresó a APS para iniciar tratamiento, donde se identificó un antecedente familiar de TBC tratada.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El diagnóstico diferencial en pacientes adultos mayores con tos subaguda y pérdida de peso debe incluir tanto TBC como neoplasia pulmonar, dada la gravedad de ambas patologías y el potencial tratamiento de la primera. En este caso, la falta de muestra de esputo y los antecedentes de tabaquismo, junto con los hallazgos radiológicos, motivaron la derivación, por lo cual enfatizar la obtención de muestras adecuadas es crucial para un correcto diagnóstico. Asimismo, la historia familiar de TBC debe ser parte integral de la evaluación en APS de pacientes con síntomas respiratorios. Incluir formación continua sobre TBC y protocolos para la obtención de muestras puede optimizar el diagnóstico oportuno de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE Adulto Mayor, Baja De Peso, Tuberculosis

TÍTULO DEL TRABAJO ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO COMO DESAFÍO DIAGNÓSTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE B) Medicina Interna

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Alessandri Amenábar María (1)

CO-AUTORES Polit Muñoz Andrés (1), Arcos Moraga Javier (1), Estrada Páez Emilio (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Parral, Región del Maule (2) Médico internista, Hospital de Parral, Región del Maule

INTRODUCCIÓN La enfermedad de Still del adulto es una patología inflamatoria sistémica infrecuente de causa desconocida, caracterizada por fiebre elevada, artritis u oligoartritis, exantema evanescente, mialgias, linfadenopatías y serologías autoinmunes negativas. Inicialmente descrita como una prolongación de la enfermedad de Still juvenil, actualmente se reconocen como entidades clínicas distintas, con un espectro de manifestaciones clínicas y evolución variable. El diagnóstico continúa siendo un desafío clínico, ya que no existen biomarcadores específicos y su presentación puede simular otras enfermedades infecciosas, neoplásicas o autoinmunes. Por lo tanto, se considera un diagnóstico de exclusión, la evidencia se respalda en los criterios planteados por Yamaguchi para su diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 55 años sin antecedentes médicos, quien firma consentimiento informado, consulta por 4 días de rigidez matinal, aumento de volumen articular, dolor en rodillas y muñecas, edema de extremidades, fiebre, tos, disuria y cefalea. Al examen físico destaca lesión hipogástrica pruriginosa de aspecto cicatricial, sin secreción. Brazo y rodilla derechos con volumen aumentado, dolor al palpar y movilizar. Edema bilateral en antepié. Los exámenes de laboratorio destacan velocidad de hemossedimentación 107 mm/h y proteína c reactiva 318 mg/L, radiografía de tórax sin alteraciones. Se hospitaliza para continuar estudio: hemocultivos, cultivo gonococo y urocultivo negativos. Ecografía de rodilla derecha revela leve derrame sin espacio para punción, y radiografía evidencia posible lesión osteolítica en cóndilo lateral derecho. Factor reumatoideo y anticuerpo antinucleares negativos. Ante elevación de marcadores inflamatorios, sin evidencia de etiología infecciosa ni autoinmune, se sospecha enfermedad de Still, cumpliendo criterios de Yamaguchi. Se inicia tratamiento con corticoides y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), con buena respuesta clínica y parámetros inflamatorios a la baja.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El reconocimiento temprano de esta enfermedad es fundamental, ya que el tratamiento oportuno con AINEs, corticoides y eventualmente inmunosupresores o agentes biológicos puede mejorar significativamente el pronóstico y reducir las complicaciones articulares o sistémicas.
PALABRAS CLAVE	Artritis, Autoinmunidad, Fiebre
TÍTULO DEL TRABAJO	RABDOMIOLISIS ASOCIADO A USO DE QUETIAPINA: REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	DIEZ LAGOS CAMILO (1)
CO-AUTORES	NEUMANN KLEIN JOSEFINA (1), FAUNDEZ CHABOUTY CAMILA (2) , GONZÁLEZ MONSÁLVEZ PAULA (2)
AFILIACIÓN	(1) MÉDICO GENERAL DE ZONA, CESFAM TEODORO SCHMIDT, TEODORO SCHMIDT (2) MÉDICO APS, CESFAM LAS COLINAS, PADRE LAS CASAS

INTRODUCCIÓN	La rabdomiolisis es una condición potencialmente letal que resulta de la destrucción masiva de tejido muscular esquelético. Puede presentarse como un efecto adverso raro asociado al uso de psicotrópicos, particularmente quetiapina y olanzapina. Su diagnóstico implica el descarte de otras etiologías más comunes causantes de rabdomiolisis como infecciones, trauma físico, ejercicio intenso o trastornos metabólicos.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenino, 36 años, antecedente de episodio depresivo moderado y trastorno ansioso en tratamiento con fluoxetina y quetiapina. Consultó en servicio de urgencias por cuadro de 3 días de evolución de mialgias generalizadas y progresivas, asociado a astenia y presencia de hematuria macroscópica 2 episodios en las últimas 24 horas previas a la consulta. Sin alteraciones al control de signos vitales, al examen físico presenta dolor intenso a la palpación de grupos musculares de miembro superior e inferior de forma bilateral, asociado a fuerza motora 4/5 en las regiones previamente descritas. Dentro de los exámenes de ingreso destacan creatin kinasa : 11911, potasio: 5.4, orina con eritrocitos incontables en orina y creatinina: 0.59. Al interrogatorio dirigido niega antecedente traumático reciente de relevancia, actividad física vigorosa, estado infeccioso previo en últimas 2 semanas y relata inicio de quetiapina 25 miligramos por noche hace 1 mes. Se decide hospitalizar para estudio, indicándose suspensión de quetiapina por sospecha en perfil temporal de inicio tratamiento, manejado además con volemicización abundante, reposo absoluto y analgesia horaria. Permaneció hospitalizada un total de 5 días con disminución notoria de mialgias y fatiga, con disminución progresiva en creatinquinasa normalizando a la semana de suspensión de quetiapina.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Dado el aumento notorio en los últimos años de pacientes bajo tratamiento por patologías de salud mental es muy relevante la vigilancia activa de efectos adversos a los tratamientos, principalmente de aquellos más grave como la rabdomiolisis
PALABRAS CLAVE	Psicotrópico, Mialgia, Rabdomiolisis
TÍTULO DEL TRABAJO	Trombosis Venosa Cerebral, una complicación poco común de otomastoiditis aguda en pediatría: reporte de caso
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía Infantil

AUTOR	Luis Medina Riffo (1)
CO-AUTORES	Maria Barriga González (2) Kendra Sehlke Levineri (3) Daniela Pérez Blümel (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cesfam Andrés Sandoval Calderon, Los Laureles (2) Interna de medicina, Hospital regional de Rancagua, Universidad de Talca (3) Interna de medicina, Hospital de Santa Cruz, Universidad de Talca (4) Interna de medicina, Hospital de Linares, Universidad de Talca
INTRODUCCIÓN	La trombosis venosa cerebral (TVC) es una enfermedad poco frecuente y de carácter excepcional. La incidencia reportada varía entre 0,4 y 0,7 por 100.000 niños/año, más del 40% ocurre en el periodo neonatal. Se compromete mayoritariamente el sistema venoso superficial con afectación del seno transversal, seguido del longitudinal superior, sigmoideo, o una combinación de todos ellos. La cefalea, los déficits focales y las crisis convulsivas constituyen las manifestaciones iniciales más comunes.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Escolar masculino de 8 años con antecedente de otitis media aguda (OMA) a repetición. Consultó en Servicio de urgencia por OMA bilateral con perforación de membrana timpánica derecha, se trató con Amoxicilina 500 mg cada 8 hrs. Evolucionó con persistencia de otalgia, cefalea holocraneana, asociado a vómitos no explosivos. Al examen físico, afebril y taquicárdico. Laboratorio: Leucocitos 18.500 y Proteína C Reactiva 25,1. Scanner sin contraste encéfalo y oídos informó hiperdensidad del seno sigmoideo a derecha que puede corresponder a trombosis venosa, y ocupación otomastoidea bilateral, sin evidencias de cambios erosivos, de aspecto inflamatorio. Angiotomografía cerebral evidenció trombosis de vena yugular interna derecha, seno sigmoideo y transversal derechos. Inició antibioticoterapia Ceftriaxona + Vancomicina + corticoides. Desarrolló diplopía y aumento intensidad de cefalea holocraneana. Retinografía reportó papiledema bilateral. Ingresó a Unidad Tratamientos Intensivos Pediátricos, se solicitó evaluación por neurocirugía y hematología para estudio de trombofilias.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La TVC es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave de infecciones diagnóstica, ya que es infradiagnosticada, y debemos tenerla en cuenta a la hora de plantear diagnósticos diferenciales. Este caso destaca la importancia de mantener una alta sospecha clínica ante una evolución

tórpidas del cuadro de OMA, a la que se agregan síntomas como cefalea, vómitos y diplopía, para poder realizar el estudio y tratamiento adecuado previniendo mayores complicaciones.

PALABRAS CLAVE	Trombosis de la vena; Trombosis intracraneal; Mastoiditis; Otitis Media.
TÍTULO DEL TRABAJO	CATASTRÓFICAS CONSECUENCIAS FETALES POR DIABETES MELLITUS PREGESTACIONAL DESCOMPENSADA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	e) Ginecología y Obstetricia
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Estrada Samayoa Margarita (1)
CO-AUTORES	Hohf Nova Marion (1), Aguayo Alarcon Joaquin (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de zona, Hospital San Juan de Dios Cauquenes, Servicio de Salud del Maule, Cauquenes
INTRODUCCIÓN	El cuidado del embarazo desde el momento preconcepcional es crucial para la detección de enfermedades y condiciones que pudiesen afectar el desarrollo fetal. La diabetes mellitus pregestacional (DMPG) requiere un manejo glicémico óptimo para prevenir complicaciones fetales a futuro que pueden llegar a ser fatales. Dado lo anterior, la importancia de la educación materna precoz y del control materno y fetal desde el inicio del embarazo e incluso previo al inicio de este.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente cursando embarazo de 11+2 semanas de reciente diagnóstico con antecedente de DMPG se hospitaliza dado descompensación metabólica. Manejo previo con dieta y metformina y al laboratorio de ingreso destacaba hemoglobina glicosilada (HbA1c) 9.90%. Durante la hospitalización se realizó ecografía ginecológica donde se encontró feto único con latidos cardíofetales negativos, hidrops fetal, polimalformado con malformación cerebral y cardíaca. Se manejó como aborto retenido con manejo médico.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Para un embarazo con la menor cantidad de complicaciones lo ideal es el control glicémico preconcepcional. Sin embargo, dado que no todos los embarazos son planeados esto no siempre es posible. Uno de los exámenes de laboratorio claves es la HbA1c dado se relaciona al riesgo posibles abortos, malformaciones, preeclampsia y otras. La ecografía precoz es clave para evaluar la actividad cardíaca, edad gestacional y malformaciones. El mayor riesgo de una DMPG descompensada

consiste en malformaciones fetales, siendo el doble e incluso cuatro veces mayor que personas sin diabetes. La principal malformación es cardiaca en un treinta a cuarenta por ciento y la segunda es alteraciones del sistema nervioso central. El riesgo de aborto es el doble e incluso el triple que en un embarazo sin DMPG. Dado lo anterior el control glucémico es clave para el embarazo y un resultado exitoso del mismo.

PALABRAS CLAVE	Aborto, Malformacion Congenita, Diabetes Mellitus		
TÍTULO DEL TRABAJO	COLITIS ULCEROSA EN ATENCIÓN PRIMARIA, CLAVES DIAGNÓSTICAS EN UN CASO DE PRESENTACIÓN TÍPICA:		
CLASE	Caso clínico (cc)		
CATEGORÍA	b) Medicina interna		
AUTOR	Gómez Arce, Álvaro (1)		
CO-AUTORES	Rebolledo Inostroza, Victoria (1)	Saitua Pérez, Valentina (2)	
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Los Muermos, Los Muermos (2) Médico General de Zona, DESAM Fresia, Fresia		
INTRODUCCIÓN	La colitis ulcerosa corresponde a una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que afecta la mucosa del colon, comprometiendo el recto y con una extensión proximal variable, pudiendo alcanzar el ciego. Es de curso crónico, alternando con periodos de remisión y actividad (exacerbaciones). Más frecuente en mujeres entre los 15 y 50 años. Clínicamente presenta dolor abdominal, diarrea disintérica, pujo, urgencia, tenesmo rectal, fiebre, baja de peso, compromiso de la mucosa oral u ocular, entre otros. La colonoscopia es el examen de elección para el diagnóstico.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 40 años sin antecedentes mórbidos de importancia consultó por cuadro de 2 meses de evolución de dolor abdominal en hemiabdomen inferior, difuso, asociado a distensión. Como síntomas acompañantes refería deposiciones líquidas con una frecuencia de 4-5 episodios diarios, pujo, tenesmo rectal y rectorragia. Se solicitó laboratorio general que mostró una función renal normal, hemograma normal, VHS 12, test de hemorragias ocultas positivo. Colonoscopia: mucosa eritematosa aspecto granular asociado a úlceras desde colon derecho hasta canal anal. Biopsia compatible con		

colitis ulcerosa activa. Dado severidad clínica y endoscópica se inició tratamiento con prednisona y mesalazina.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La EII presenta una gran carga tanto para los pacientes como para el sistema de salud. Si bien se ha descrito un aumento de la frecuencia de casos en nuestro país, aún no existen estudios epidemiológicos que evalúen la incidencia y prevalencia de colitis ulcerosa. El enfoque del tratamiento ha cambiado durante el último tiempo, buscando activamente la remisión clínica y endoscópica mediante una estratificación individualizada de riesgo y el uso de corticoides, salicilatos, tiopurínicos e incluso el de biológicos. Es importante mencionar que puede tener complicaciones de riesgo vital como obstrucción intestinal, megacolon tóxico o perforación. El pronóstico está estrechamente relacionado al reconocimiento y diagnóstico precoz de esta patología tanto a nivel primario como secundario de atención.

PALABRAS CLAVE Colitis ulcerosa, Disentería, Dolor abdominal

TÍTULO DEL TRABAJO LEPTOSPIROSIS GRAVE CON HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN PACIENTE JOVEN TRAS EXPOSICIÓN RECREACIONAL: REPORTE DE CASO

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA B) Medicina Interna

AUTOR Barz Olmedo Catalina (1)

CO-AUTORES Reyes Santana Mauricio (2), Saravia Valderrama Juan (2)

AFILIACIÓN (1) Médica Cirujana, Hospital de Lota, Lota.
(2) Médico General de Zona, Hospital de Lota, Lota.

INTRODUCCIÓN La leptospirosis es una zoonosis bacteriana transmitida por contacto con agua o suelos contaminados por orina de animales infectados. Una de sus formas más graves es la hemorragia alveolar difusa (SHAD), complicación poco frecuente pero con alta letalidad. Se presenta el caso de un paciente joven previamente sano que evolucionó a SHAD, destacando la importancia de la sospecha clínica precoz en contextos rurales.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 29 años, sin antecedentes mórbidos, con historia de baño recreacional en río Colcura semana previa a inicio de síntomas. Consultó por cuadro de 7 días de evolución de fiebre,

mialgias con predominio en gastrocnemios, cefalea y diarrea no disintérica. En Servicio de Urgencia del Hospital de Lota se presentó icterico, taquicárdico, febril, con laboratorio que destaca insuficiencia renal aguda, hiperbilirrubinemia y parámetros inflamatorios elevados. Por sospecha de Leptospirosis, se inicia antibioticoterapia, notificación a Epivigila y toma de serologías. Evoluciona con hemoptisis masiva, desaturación e inestabilidad hemodinámica, sin respuesta a cristaloides, requiriendo oxígeno de alto flujo, drogas vasoactivas y corticoides. Se deriva a centro de mayor complejidad. En hospital de referencia ingresa en estado grave: anuria, ictericia, taquipnea, acidosis mixta. Se realiza tomografía de tórax, que informa hemorragia alveolar difusa. Ingresa a Unidad de Cuidados Intermedios. Se realiza intubación orotraqueal e inicia terapia de reemplazo renal continua (TSR). Evoluciona con buena respuesta al manejo intensivo: logra extubación, se suspende TSR tras recuperación renal y se estabiliza hemodinámicamente. Es trasladado a sala de menor complejidad, hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, afebril y con función renal normalizada. El diagnóstico se confirma con serología IgM positiva para Leptospira.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso representa una presentación grave de leptospirosis. La sospecha oportuna desde atención primaria permitió una derivación eficiente y manejo precoz. Dado que la SHAD es poco reportada en Chile, compartir experiencias clínicas permite fortalecer su reconocimiento y respuesta sanitaria.

PALABRAS CLAVE Hemorragia Pulmonar, Leptospirosis, Zoonosis.

TÍTULO DEL TRABAJO DÉFICIT DE VITAMINA B12 Y CÁNCER GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Gormaz González Natalia (1)
CO-AUTORES Pedemonte Chulak Sebastian (1) Díaz Peña Javiera (1)

AFILIACIÓN (1) Médico general de zona, CESFAM Dr. Emilio Schaffhauser, La Serena

INTRODUCCIÓN PRESENTACIÓN DEL CASO El déficit de vitamina B12 es un hallazgo frecuente en la consulta médica. Existen múltiples causas dentro de las cuales se incluyen: ingesta inadecuada, alcoholismo, anemia perniciosa, enfermedad celíaca, enfermedad de Crohn, algunos fármacos, entre otros.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Por otro lado, la prevalencia del cáncer gástrico en Chile es alta, siendo una de las principales causas de muerte por tumores malignos, principalmente porque a menudo se detecta en etapas muy avanzadas. El objetivo de este caso es promover su detección temprana en pacientes con factores de riesgo como la anemia perniciosa. Se trata de una mujer de 53 años con antecedentes de hipotiroidismo y artritis reumatoide, quien presentó niveles persistentemente bajos de vitamina B12 a pesar de la suplementación. Por ello, se solicitaron exámenes que destacaron la presencia de anticuerpos antiparietales positivos. Además, la paciente tenía una historia prolongada de pirosis y reflujo gastroesofágico, por lo que se realizó una endoscopia digestiva alta que mostró gastropatía erosiva y un test de ureasa positivo. La biopsia reveló gastritis crónica con atrofia moderada y metaplasia intestinal leve, asociada a neoplasia endocrina. Finalmente, el estudio inmunohistoquímico confirmó la presencia de un tumor neuroendocrino bien diferenciado. Es fundamental conocer los diagnósticos diferenciales del déficit de vitamina B12, ya que su origen puede ser multicausal. Los estudios indican que los pacientes con anemia perniciosa suelen presentar gastritis crónica atrófica y tienen una mayor predisposición al cáncer gástrico. Por ello, es importante tener en cuenta esta relación en pacientes con anemia perniciosa que presenten síntomas gastrointestinales. El pronóstico del cáncer gástrico está directamente relacionado con el estadio en el momento del diagnóstico. Por tanto, es esencial que, como médicos generales en la atención primaria de salud, se mantenga una alta sospecha clínica de cáncer gástrico, ya que esto permite activar oportunamente las garantías explícitas en salud (GES).

PALABRAS CLAVE Anemia, Gastritis, Neoplasias.

TÍTULO DEL TRABAJO SIGNO DE LESER-TRÉLAT: UN HALLAZGO DERMATOLÓGICO QUE NO DEBE IGNORARSE:

CLASE Dermatología

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Abalo Zárate María (1)

CO-AUTORES Aravena Vásquez Joaquín (2)
Pérez Torres Sebastián (1)
Urzúa Mengin Laura (3)

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital San Juan de Dios de Combarbalá, Combarbalá (2) Médico General de Zona, Posta de Salud Rural San Lorenzo, Combarbalá (3) Interna de Medicina, Hospital Félix Bulnes, Universidad San Sebastián, Santiago
INTRODUCCIÓN	El signo de Leser-Trélat es un síndrome paraneoplásico cutáneo caracterizado por la aparición en semanas o meses, de múltiples queratosis seborreicas pruriginosas. Estas lesiones suelen localizarse en la espalda y presentan un patrón simétrico similar a un árbol de Navidad o a gotas. Generalmente se presenta en la sexta década de la vida. La predominantemente malignas. Entre los tipos de cáncer más comúnmente implicados se encuentran: adenocarcinoma gástrico, cáncer de mama y trastornos linfoproliferativos. A continuación, se presenta un caso clínico que subraya la importancia de reconocer este signo, lo que podría facilitar un diagnóstico temprano y un manejo adecuado en caso de que el paciente acepte continuar con el estudio.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 66 años con antecedentes de accidente cerebro vascular secuelado con tetraparesia, solicita evaluación por lesiones pruriginosas en el dorso, de 1 mes de evolución, sin otros síntomas o signos acompañantes. Al examen físico se observan múltiples lesiones maculares de bordes regulares, concentricas, de color café, no solevatas al tacto. Se realiza interconsulta a teledermatología quien diagnostica queratosis seborreicas múltiples en contexto del signo de Leser-Trélat, por lo que sugiere ampliar estudio en busca de neoplasia. Se conversa con paciente y se le explica diagnóstico y sus posibles implicancias, sin embargo, rechaza continuar estudio dado condición basal. Representante de paciente firma su consentimiento para exponer su caso de manera anónima.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El signo de Leser-Trélat es un hallazgo dermatológico de relevancia clínica debido a su asociación con neoplasias internas. Ante su presencia, es fundamental realizar estudios complementarios orientados a identificar posibles procesos malignos subyacentes. No obstante, es imprescindible informar al paciente sobre su estado de salud, los exámenes sugeridos y las alternativas terapéuticas. Esto permite que tome decisiones informadas, siempre en un marco de respeto por su autonomía.

PALABRAS CLAVE	Dermatología, Queratosis Seborreica, Neoplasia			
TÍTULO DEL TRABAJO	HERNIA OBTURATRIZ SINTOMÁTICA, REPORTE DE CASO:			
CLASE	Caso Clínico (CC).			
CATEGORÍA	d) Cirugía.			
AUTOR	Pedreros Valenzuela Catalina (1)			
CO-AUTORES	Contreras	Maldonado	Lucas	(2)
	Carcamo	Fierro	Joaquin	(2)
	Quintana Saéz Agustina (2)			
AFILIACIÓN	(1) : Médico Cirujano, Becada de Cirugía General, Universidad Austral de Chile, Valdivia.			
	(2): Interno de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia			
INTRODUCCIÓN	La hernia obturatriz es una patología infrecuente, constituyendo menos del 1% de las hernias abdominales, predominantemente en mujeres. Es un desafío diagnóstico por la ausencia de síntomas y signos específicos, manifestándose comúnmente como una obstrucción intestinal. La tomografía computarizada (TC) ha sido crucial para el diagnóstico temprano, reduciendo la morbilidad perioperatoria.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 82 años, acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal agudo periumbilical tipo cólico de un día de evolución, acompañado de mareos, náuseas, vómitos abundantes y diarrea. Al examen físico estaba afebril, bien perfundida, con abdomen blando, depresible, sensible principalmente en región epigástrica y fosa ilíaca derecha, ruidos hidroaéreos aumentados. Los exámenes de sangre mostraron amilasemia (500 U/L), sin otros hallazgos relevantes. La TC reveló una hernia obturatriz derecha con contenido de asas intestinales de íleon, causando colapso de las asas de colon, sin gas extraluminal. Se observándose asas de intestino delgado poco dilatadas y una zona de cambio de calibre en íleon distal sin sufrimiento de asas. Se identificó un anillo obturatriz pequeño, decidiendo colocar un parche de peritoneo con punto corrido de ethibono 2.0. La evolución postoperatoria fue favorable, iniciando realimentación progresiva al primer día y alta al quinto día. Al mes, se encontraba asintomática y sin signos de recurrencia.			

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La hernia obturatriz requiere estudios imagenológicos para un diagnóstico temprano. Un diagnóstico tardío puede llevar a isquemia intestinal, aumentando la morbilidad y mortalidad. Este caso destaca la importancia de la TC y el examen físico para planear una cirugía temprana y dirigida. El abordaje quirúrgico intraperitoneal con laparotomía media infraumbilical permite una adecuada inspección de las vísceras y evaluación de estrangulación intestinal, siendo ideal para emergencias. Este caso ejemplifica un enfoque integral y exitoso en el manejo de una hernia obturatriz sintomática.

PALABRAS CLAVE Hernia Abdominal, Hernia Obturadora, Obstrucción Intestinal

TÍTULO DEL TRABAJO DEL EXAMEN PREVENTIVO AL DIAGNÓSTICO INESPERADO, HALLAZGO INCIDENTAL DE ADENOCARCINOMA COLORRECTAL EN PACIENTE ASINTOMÁTICO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA a) Medicina Familiar

AUTOR Rodríguez Pizarro Sofía (1)

COAUTORES Etcheverry Mardones Maite (2),
Giustinianovich Fehrmann Felipe (2),
Mellado Villegas Emanuel (2),

AFILIACIÓN (1) Médico de Atención Primaria en Salud, CESFAM Sur, Iquique. (2) Médico en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Sur, Iquique.

INTRODUCCIÓN El cáncer color rectal (CCR) es una de las principales causas de morbi-mortalidad oncológica mundial. Aunque suele presentarse con síntomas como rectorragia, cambios en el hábito intestinal o pérdida de peso, en fases iniciales puede ser asintomático. En este contexto, los controles preventivos en atención primaria permiten la detección incidental de lesiones neoplásicas mediante tamizaje oportuno y enfoque integral.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 72 años acude a CESFAM para control preventivo del adulto mayor. Se realiza evaluación funcional, examen físico y pruebas de laboratorio, destacando una elevación del antígeno prostático específico (PSA) de 4,9 ng/mL, sin síntomas urinarios. El valor de PSA persiste elevado en una segunda muestra. Se efectúa tacto rectal que revela irregularidades prostáticas, y se solicita una resonancia magnética de próstata, que informa hiperplasia prostática benigna (PI-RADS 2). Sin embargo, se identifica incidentalmente una

lesión rectosigmoide sugestiva de neoplasia. Es Derivado a coloproctología, se indica colonoscopia, que evidencia una masa de 5 cm a 8 cm del margen anal, no obstructiva. La biopsia confirma adenocarcinoma color rectal de tipo usual, bajo grado, con diferenciación moderada. El paciente es ingresado al sistema GES para estudio de extensión y planificación terapéutica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso subraya el rol estratégico de la atención primaria en la evaluación preventiva del adulto mayor. La detección incidental de una neoplasia durante el estudio prostático refleja cómo un enfoque integral puede conducir al diagnóstico precoz de patologías graves. En Chile, donde el CCR está cubierto por garantías explícitas, este hallazgo permite activar rutas de atención prioritarias, optimizando el pronóstico del paciente. Reafirma la importancia de los controles sistemáticos, especialmente en población de riesgo.		
PALABRAS CLAVE	Atención Primaria de Salud, Diagnóstico Precoz, Neoplasias Colorrectales		
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME CATATÓNICO EN EL CONTEXTO DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR; A PROPÓSITO DE UN CASO.		
CLASE	Caso Clínico		
CATEGORÍA	Psiquiatría		
AUTOR	Fernández Torrejón Eduardo (1)		
CO-AUTORES	Silva	Bagnato	Alexander (2)
	Serpa	Fuentes	Martin (2)
	Olivares Barria Alonso (2)		
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Tocopilla, Tocopilla. (2) Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.		
INTRODUCCIÓN	La catatonía es un síndrome psicomotor caracterizado por alteraciones motoras significativas como inmovilidad, mutismo, negativismo, agitación sin propósito, ecopraxia, estereotipias o rigidez muscular. Aunque históricamente se asoció a la esquizofrenia, no es un diagnóstico en sí mismo sino una manifestación clínica que puede aparecer en diversas patologías como trastornos del estado de ánimo, enfermedades neurológicas y uso de algunos fármacos en contexto de síndrome neuroléptico maligno. Su prevalencia en pacientes psiquiátricos hospitalizados varía según los estudios y países,		

estimándose entre un 1-10%, aunque suele subdiagnosticarse, lo que resalta la importancia de una alta sospecha clínica.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 71 años, previamente autovalente, con antecedente de trastorno afectivo bipolar (TAB) en tratamiento. Inicia con cuadro de 4 meses de evolución que se presenta con deterioro cognitivo y motor progresivo, con desorientación, sin respuesta a órdenes, mutismo, paratonía y pérdida de autonomía para actividades básicas. Solicita estudio de organicidad con RNM cerebral, punción lumbar y paneles infecciosos/inmunes sin hallazgos concluyentes. Recibe pulsos de metilprednisolona sin respuesta. Se realiza prueba de lorazepam con disminución de 17 a 8 puntos en escala Bush-Francis. Por lo que se sospecha posible origen psiquiátrico, planteándose finalmente un síndrome catatónico secundario a TAB y se ajusta tratamiento farmacológico con buena respuesta clínica.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La catatonia puede presentarse en formas hiperactiva e hipoactiva, con diferencias clínicas en la motricidad y el estado de conciencia, lo que hace esencial un diagnóstico diferencial preciso. El abordaje inicial transversal a la etiología se basa en descartar de organicidad, benzodiacepinas, evaluar respuesta y terapia electroconvulsiva si no responde a tratamiento. El test del lorazepam es útil para confirmar el diagnóstico. El uso de antipsicóticos/bloqueadores de dopamina suele evitarse en catatonia, incluso en aquellas secundarias a trastornos afectivos con síntomas psicóticos o impulsividad, ya que pueden empeorar el cuadro y aumentar las complicaciones.
PALABRAS CLAVE	Catatonia, Trastorno afectivo bipolar, Desórdenes psicomotores
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE WELLENS COMO MANIFESTACIÓN DE ESTENOSIS ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	b) Medicina interna
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Cancino Gómez Ítalo Ignacio (1)
CO-AUTORES	Frez Lillo Jeremy Rodrigo (2), Fernández Torrejón Eduardo Hernán (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Tocopilla, Tocopilla. (2) Médico Cirujano, Centro de Salud Familiar Norte, Antofagasta

TÍTULO DEL TRABAJO SÍNDROME DE WELLENS COMO MANIFESTACIÓN DE ESTENOSIS ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR, A PROPÓSITO DE UN CASO:

INTRODUCCIÓN El síndrome de Wellens (SW) se destaca la presencia de ondas T invertidas o bifásicas en precordiales. Subtipo de angina inestable con alto riesgo de progresar a infarto agudo al miocardio (IAM). El SW predice con alta sensibilidad y especificidad compromiso proximal de la arteria descendente anterior, por lo que es importante reconocer el patrón, realizar el diagnóstico certero y realizar terapia de reperfusión temprana para evitar complicaciones. El objetivo de esta presentación es exponer un caso de síndrome de Wellens como manifestación de estenosis de arteria descendente anterior (ADA).

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina de 50 años consultó en urgencias por dolor torácico precordial, intensidad 10/10 en escala visual análoga, irradiado a hombro y brazo izquierdo. Examen físico destacó hipertensa, ritmo regular 2 tiempos sin soplos cardiacos. Electrocardiograma (ECG) destacó T bifásica V2-V6. Se administró clopidogrel, ácido acetil salicílico y atorvastatina y solicitaron troponinas, resultado <0.001. Se presentó caso sospecha SW a centro derivador, realizaron coronariografía que informó estenosis arteria descendente anterior izquierda, resuelta con Stent coronario.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El SW puede presentarse con angina o ser asintomático, manifestado por ondas T bifásicas o invertidas profundas en precordiales y troponinas en rango normal. SW se correlaciona con estenosis significativa de la ADA, valor predictivo positivo del 86%. Inicialmente se utilizan antiagregantes plaquetarios y estatinas, pero la resolución definitiva es la intervención coronaria percutánea. Wellens y Zwaan en 1982 descubrieron que 75% de los pacientes con SW no revascularizados desarrollaron un IAM en los siguientes 23 días. Por lo tanto, es indispensable sospechar y diagnosticar el SW por la gravedad que implica, el ECG es imprescindible para su diagnóstico, por lo es crucial para médicos generales reconocerlo.

PALABRAS CLAVE Angina de pecho, Electrocardiografía, Síndrome coronario agudo.

TÍTULO DEL TRABAJO SÍNDROME DE WELLENS COMO MANIFESTACIÓN DE ESTENOSIS ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE b) Medicina interna

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR	Cancino Gómez Ítalo Ignacio (1)
CO-AUTORES	Frez Lillo Jeremy Rodrigo (2), Fernández Torrejón Eduardo Hernán (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Tocopilla, Tocopilla. (2) Médico Cirujano, Centro de Salud Familiar Norte, Antofagasta
INTRODUCCIÓN	El síndrome de Wellens (SW) se destaca la presencia de ondas T invertidas o bifásicas en precordiales. Subtipo de angina inestable con alto riesgo de progresar a infarto agudo al miocardio (IAM). El SW predice con alta sensibilidad y especificidad compromiso proximal de la arteria descendente anterior, por lo que es importante reconocer el patrón, realizar el diagnóstico certero y realizar terapia de reperfusión temprana para evitar complicaciones. El objetivo de esta presentación es exponer un caso de síndrome de Wellens como manifestación de estenosis de arteria descendente anterior (ADA).
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 50 años consultó en urgencias por dolor torácico precordial, intensidad 10/10 en escala visual análoga, irradiado a hombro y brazo izquierdo. Examen físico destacó hipertensa, ritmo regular 2 tiempos sin soplos cardiacos. Electrocardiograma (ECG) destacó T bifásica V2-V6. Se administró clopidogrel, ácido acetil salicílico y atorvastatina y solicitaron troponinas, resultado <0.001. Se presentó caso sospecha SW a centro derivador, realizaron coronariografía que informó estenosis arteria descendente anterior izquierda, resuelta con Stent coronario.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El SW puede presentarse con angina o ser asintomático, manifestado por ondas T bifásicas o invertidas profundas en precordiales y troponinas en rango normal. SW se correlaciona con estenosis significativa de la ADA, valor predictivo positivo del 86%. Inicialmente se utilizan antiagregantes plaquetarios y estatinas, pero la resolución definitiva es la intervención coronaria percutánea. Wellens y Zwaan en 1982 descubrieron que 75% de los pacientes con SW no revascularizados desarrollaron un IAM en los siguientes 23 días. Por lo tanto, es indispensable sospechar y diagnosticar el SW por la gravedad que implica, el ECG es imprescindible para su diagnóstico, por lo es crucial para médicos generales reconocerlo.
PALABRAS CLAVE	Angina de pecho, Electrocardiografía, Síndrome coronario agudo.
TÍTULO DEL TRABAJO	RISA COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN LA URGENCIA, REPORTE DE CASO.

CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	Neurología
AUTOR	Flores Barahona María Paz (1)
CO-AUTORES	Cifuentes Durán Agustín Ignacio (2) Castro Paz Danitza Yanira (3) Estay Paz Rocío Lisnery (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Chanco, Chanco (2) Médico General de Zona, CESFAM Violeta Parra, Chillán (3) Médico General de Zona, CESFAM Alemania, Angol. (4) Médico General de Zona, CESFAM Santa Sabina, Concepción
INTRODUCCIÓN	El accidente cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial, siendo clásicamente identificado con criterios de cincinnati, sin embargo, existen otras presentaciones de ACV que no son frecuentes pero deben hacer sospechar patología en el Servicio de Urgencias (S.U.). El síndrome pseudobulbar (PBA) se caracteriza por la pérdida del control de las emociones, principalmente risa y/o llanto, debido a lesiones corticobulbares o alteraciones químicas cerebrales. Este síndrome se asocia a patologías orgánicas como ACV, Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), Enfermedad de parkinson (EP), Lesión cerebral traumática, Esclerosis múltiple (EM) y Demencia.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre 49 años con diagnóstico reciente de Hipertensión Arterial (HTA) sin tratamiento, consulta en S.U. por vértigo postural y disartria leve de una semana. Tres días previo a consulta, se agrega risa involuntaria intermitente y disfagia intermitente a sólidos y líquidos. En evaluación se objetiva risa intermitente esporádica inexplicable, romberg con lateralización a derecha y mínima disartria; sin otros cambios neurológicos. Se realizan exámenes que destaca sólo hiperglicemia (304 mg/dL). AngioTac informa evidencia de área parcheada mal definida de hipodensidad en proyección al puente, en situación paramediana izquierda, confirmando etiología cerebrovascular isquémica. Al alta se indica tratamiento con doble antiagregación plaquetaria, estatinas dosis altas y amitriptilina.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El diagnóstico de ACV generalmente se basa en cambios neurológicos focales como hemiparesia y disartria. Sin embargo, puede presentarse de manera atípica lo que significa un desafío para el clínico realizar el diagnóstico de manera oportuna y sin retrasar su tratamiento. El síndrome pseudobulbar es poco frecuente como presentación de

ACV en el S.U., especialmente donde se desempeñan médicos generales, pudiendo ser confundido con patologías psiquiátricas, neurodegenerativas o efecto secundario a medicamentos por lo que la alta sospecha clínica debe hacer descartar ACV sin déficits neurológicos clásicos, presentando un reto diagnóstico.

PALABRAS CLAVE	Accidente Cerebrovascular, Disartria, Disfagia, Síndrome Pseudobulbar.
TÍTULO DEL TRABAJO	DERIVACIÓN DE PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO PREMATURO, UN DESAFÍO EN HOSPITALES DE BAJA COMPLEJIDAD:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	e) Ginecología y obstetricia
AUTOR	Zamorano Arellano Daniela (1)
CO-AUTORES	Spano Guajardo Andrea (1), Lobos Cifuentes Andrea (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Hospital de Mulchén, Mulchén
INTRODUCCIÓN	Durante el año 2021, un 9.49% de los partos fueron prematuros en Chile, dentro de estos un 1.4% corresponde a neonatos menores a 32 semanas de edad gestacional. Esto significa un gran riesgo, especialmente para aquellos centros que no cuentan con los requerimientos necesarios como un dispositivo de reanimación manual para oxigenación con presiones controladas, tubos endotraqueales neonatales o cunas radiantes con medidor de flujo de oxigenación. Se presenta el siguiente caso para evaluar la pertinencia de derivación de los trabajos de parto prematuro en hospitales de baja complejidad.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Consulta usuaria de 37 años cursando embarazo de 23+6 semanas asociado a incompetencia cervical, con antecedente de parto prematuro previo de 28 semanas. Refiere dolor abdominal hipogástrico agudo y pérdida de líquidos por genitales. A la evaluación se confirma rotura de membranas y borramiento cervical 100% asociado a 6 cm de dilatación. Se decide traslado a centro de derivación de mayor complejidad ya que los recursos no son óptimos para el manejo del binomio. Sin embargo, este se dificulta por el alto riesgo de parto inminente en el móvil de traslado. Finalmente, se realiza traslado ingresando directamente a sala de

parto, obteniendo un recién nacido prematuro con manejo oportuno por neonatología. Se firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Es necesario objetivar qué pacientes en trabajo de parto se benefician de un traslado a un centro de mayor complejidad y cuáles no, para evitar riesgos durante el traslado. Dado esto se propone el uso del Score de Malinas, basado en 5 criterios que determinan la seguridad del traslado, y así optimizar los recursos de cada centro. La aplicación de este instrumento ha sido efectiva para evitar partos durante el traslado y manejo de partos en centros de baja complejidad. Sin embargo, tiene restricciones en casos complejos, como el caso presentado ya que independiente de ser un parto inminente se requiere un manejo más especializado para aumentar la sobrevivencia del recién nacido.

PALABRAS CLAVE Trabajo de parto prematuro, Prematuro extremo, Recién nacido prematuro

TÍTULO DEL TRABAJO DERMATITIS SEBORREICA: IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, PARA LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA a) Medicina familiar

AUTOR Michelle Eltit Sabureau (1)

CO-AUTORES Carla Fernández Osorio (2)
Francisca Jaramillo Zúñiga (3)

AFILIACIÓN (1) Médica General de Zona, Centro de salud familiar Granja Sur, Santiago. (2) Médica General de Zona, Posta Salud Rural Pumanque, Pumanque. (3) Médica General de Zona, Centro Salud Familiar José Alvo, Santiago

INTRODUCCIÓN La dermatitis seborreica (DS) del lactante es una enfermedad inflamatoria de la piel caracterizada por placas eritematosas con escamas grasosas. Afecta hasta al 70% de los lactantes. Su etiología no es clara, aunque se relaciona con la actividad de las glándulas sebáceas, que favorecería la proliferación de levaduras comensales. Estas

degradan lípidos a ácidos grasos, generando una respuesta inflamatoria e hiperproliferación del estrato córneo.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Lactante de 2 años es llevada a atención primaria de salud (APS) por lesiones descamativas y eritematosas en cuero cabelludo de 2 meses de evolución. Se diagnostica DS Severa y se indica shampoo de ketoconazol 2% por 6 semanas. A las 3 semanas reconsultan por persistencia de síntomas y adenopatía occipital. Se identifica mal uso del shampoo (menos de 1 minuto de aplicación). Se educa a la madre sobre aplicación correcta (10 minutos antes del baño y duchas cortas). Se añade vaselina líquida y receta magistral de ácido salicílico 2% + ketoconazol 2%. Al control, hay leve mejoría. La madre refiere uso ocasional de vaselina por creer que empeora el sebo y que la farmacia no cuenta con ácido salicílico. Se refuerza la educación y se ajusta tratamiento a solo ketoconazol 2%. En controles posteriores, con mejor adherencia, se observa mejoría significativa. Al mes, presenta resolución completa, manteniéndose con ketoconazol 2% dos veces al mes como mantenimiento.		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso resalta el rol clave de la APS, permitiendo seguimiento cercano, educación continua y ajuste del tratamiento. Aunque la DS es frecuente, sin el abordaje adecuado podría haberse considerado refractaria, derivando innecesariamente a dermatología. La intervención oportuna en APS evitó eso, demostrando su valor en la salud pública.		
PALABRAS CLAVE	Atención primaria de salud, Dermatitis seborreica, Ketoconazol		
TÍTULO DEL TRABAJO	REPORTE DE CASO DE DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS Y DIFICULTAD DIAGNÓSTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:		
CLASE	Caso clínico (CC)		
CATEGORÍA	CIRUGÍA		
AUTOR	Salas Saavedra Cristóbal(1)		
CO-AUTORES	Aguilera Muñoz Soto Rodríguez Andrés(4)	Astorga Palacios	Francisco Claudia(2,3),
AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano, Centro Salud Familiar Limache Viejo [Limache] (2) Médico General de Zona, CECOSF Meulin, [Achoa]		

(3) Médico Cirujano, CESFAM Dr. Marcelo Lopetegui, [Osorno]
(4) Médico General de Zona, CESFAM Armando Williams [Cauquenes]

INTRODUCCIÓN	El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor raro y maligno de piel, de crecimiento lento, con aspecto clínico y sintomatología inespecífica, siendo de difícil diagnóstico tanto clínico como ecográfico. Se presenta caso de DFSP hallado en cirugía menor en atención primaria de salud, con el fin de mejorar la comprensión diagnóstica, derivación y tratamiento oportuno.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 55 años consulta en Centro de Salud Familiar por tumoración en hombro izquierdo asintomática, con crecimiento lento de un año de evolución, blanda de bordes lisos 1.5x 2 cm, diagnosticándose erróneamente como quiste epidermoides, tanto clínica como ecográficamente. Se realiza cirugía menor extrayéndose lesión nodular de color pardo claro, enviándose muestra a histopatología, que informa DFSP. Inmunohistoquímica (CD34) confirma el diagnóstico. Posterior se deriva con prioridad a oncología y dermatología para seguimiento posterior.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El DFSP puede pasar desapercibido en la atención primaria de salud por su aspecto benigno, dejando su resolución postergada. Por esto hay que mantener un aspecto crítico en la evaluación de patología de piel y así confirmar estas lesiones con mayor eficacia.
PALABRAS CLAVE	Dermatofibrosarcoma protuberans, Cirugía menor, Atención Primaria, Tumor cutáneo, Diagnóstico diferencial
TÍTULO DEL TRABAJO	DERRAME PLEURAL DE DIFÍCIL MANEJO COMO PRESENTACIÓN DE MESOTELIOMA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Berrios Walker José (1)
CO-AUTORES	Schiaffino Colonelli Paola (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico cirujano en etapa de destinación y formación, Hospital Adriana Cousiño de Quintero, Quintero
INTRODUCCIÓN	El mesotelioma es una neoplasia de la superficie mesotelial de las cavidades que poseen mesotelio, el 8% corresponde a un origen pleural. No existen datos claros sobre la incidencia en Chile, pero en Estados Unidos se estima una incidencia de 3.300 casos/año. El

principal factor de riesgo es la exposición a asbesto. Se presenta en paciente sobre los 60 años con síntomas inespecíficos: dolor torácico, disnea, tos o disfagia. El siguiente caso busca exponer un caso poco frecuente dentro de la práctica médica

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente masculino de 62 años con antecedentes de diabetes mellitus 2 insulinoirrequiriente consulta a urgencia por disnea con disminución progresiva de la capacidad funcional hasta hacerse de reposo. Estudiado en extrasistema con ecocardiograma: disfunción diastólica y derrame pleural (DP) con pleura engrosada. Se deja con terapia depletiva. Dirigidamente refiere disnea paroxística nocturna, ortopnea y nicturia. Al examen físico destaca desaturación hasta 88% ambiental y murmullo pulmonar disminuido bibasal asociado a crépitos, sin edema. En exámenes destaca radiografía de tórax con DP que compromete dos tercios inferiores bilaterales. Se decide ingreso para manejo de DP de posible origen cardiaco. Durante su estadía hospitalaria con requerimientos de oxígeno fluctuantes sin mejoría del derrame pleural a pesar de tratamiento diurético multimodal, con importante disnea, por lo que se realiza toracocentesis evacuadora para aliviar sintomatología. Sin elevación de parámetros inflamatorios en su estadía. Por mala evolución se decide derivar a centro de mayor complejidad para evaluación por especialidad y estudio. Durante su estadía en dicho centro se evidencia en tomografía computarizada engrosamiento pleural, por lo que se realiza biopsia resultando finalmente en mesotelioma estadio III.

**DISCUSIÓN Y
CONCLUSION ES**

Este caso demuestra la importancia de pensar en los diagnósticos diferenciales del derrame pleural, sobre todo en aquellos en donde no responde apropiadamente al tratamiento y realizar el estudio acabado de estos para descartar otras causas.

**PALABRAS
CLAVE**

Mesotelioma pleural, disnea, derrame pleural.

**TÍTULO DEL
TRABAJO**

DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN UN ACCIDENTE VASCULAR DE FOSA POSTERIOR, REPORTE DE UN CASO:

CLASE

CASO CLÍNICO (CC)

CATEGORÍA

G) Neurología

AUTOR	Salinas Pizarro Javiera (1)
CO-AUTORES	Cruz Concha Karolina (1), Corvalán Díaz Verónica (1), Corvalán Díaz Josefina (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico en Etapa de Destinación y Formación Hospital Chileno Japonés de Hualañé, Hualañé. (2) Estudiante de medicina 4° año, Universidad de Talca
INTRODUCCIÓN	Un accidente cerebrovascular (ACV) es una lesión neurológica aguda, principalmente causada por isquemia (80%) o hemorragia (20%), siendo causa significativa de morbilidad y mortalidad global, especialmente en países en desarrollo. El ACV de circulación posterior (PCS) afecta el tronco encefálico, cerebelo, tálamo o lóbulo occipitoparietal, representando el 20% de los ACV. Este caso clínico subraya la importancia del diagnóstico temprano del PCS, destacando el uso de pruebas clínicas como HINTS y la necesidad de un examen físico detallado para un tratamiento eficaz.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 68 años con antecedentes de hipertensión, diabetes y obesidad, que consulta por mareos, visión borrosa y diplopía. A pesar de haber experimentado mareos durante un mes, los síntomas se agudizan en la semana previa a la consulta, acompañados de dificultad en la marcha. Al examen físico se encontraba consciente, orientado, sin disartria ni asimetría facial, fuerza conservada en extremidades. Destacaba hemianopsia homónima derecha y resultado negativo en la prueba HINTS (Head Impulse, Nystagmus y Test of Skew). Se sospecha PCS por lo que es derivado a centro de mayor complejidad. Posteriormente, se realiza una Angio-TAC que revela una lesión isquémica subaguda en el territorio de la arteria cerebral posterior derecha.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El pronóstico en los ACV depende del tiempo que transcurre entre la aparición de síntomas y el inicio del tratamiento. Aunque no son específicos, entre los síntomas más frecuentes de un PCS se encuentra la alteración en estado de alerta, pérdida visual, anomalías pupilares y movimiento ocular, mareos/vértigo y ataxia. La complejidad del diagnóstico, debido a la sensibilidad limitada de la Tomografía computarizada (TC) y la similitud de síntomas con otras condiciones, subraya la importancia de pruebas como HINTS y la evaluación oculomotora. Por ello, un examen físico detallado es crucial para facilitar un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado, mejorando así el pronóstico.

PALABRAS CLAVE		Accidente cerebrovascular, Arteria Cerebral Posterior, Isquemia
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	DESCRIPCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER EN MUJERES EN CHILE Y ÑUBLE ENTRE LOS AÑOS 2002 AL 2024:
CLASE		Trabajo de investigación
CATEGORÍA		Salud Pública
AUTOR		Silva Fuentes Francisco(1)
CO-AUTORES		Silva Reyes Ignacia(2), Troncoso Valladares Álida(2), Castro Falcón Fabián(2)
AFILIACIÓN		(1) Cirujano, Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán (2) Interno Medicina, Hospital Clínico Herminda Martin, Universidad Católica Ssma. Concepción, Chillán
INTRODUCCIÓN		En Chile la incidencia y mortalidad por cáncer sigue aumentando de manera exponencial y se proyecta que se transformará en la primera causa de muerte en todas las regiones. El objetivo es describir la mortalidad por cáncer en Chile y Ñuble en mujeres entre los años 2002 y 2024.
MATERIALES Y MÉTODOS	Y	Estudio descriptivo, se utiliza la tasa de mortalidad por cáncer en mujeres por 100.000 habitantes, datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística y Departamento de estadísticas e información de salud.
RESULTADOS		El año 2002, las causas más frecuentes de muerte por cáncer en mujeres en Chile, expresadas en tasas de mortalidad, fueron: vesícula (17.6), mama (13.2), gástrico (13.2), bronquio-pulmones (8.8) y cervicouterino (7.9). El mismo año en Ñuble, fueron: vesícula (23.1), gástrico (18.3), mama (9.1), cervicouterino (8.7) y colon (7.4). De forma comparativa, se resumen los resultados del año 2024, donde las mayores causas de mortalidad por cáncer en Chile en mujeres, expresadas en tasas de mortalidad, fueron: mama (18.0), bronquios-pulmones (15.1), colon (13.9), gástrico (10.2) y vesícula (9.4). En Ñuble, el mismo año, las mayores causas de mortalidad fueron: gástrico (18.8), mama (17.4), colon (14.8), bronquios-pulmones (13.3) y vesícula (12.2).
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Y	En mujeres en Chile y en Ñuble ha aumentado la mortalidad por cáncer de mama, colon y bronquio-pulmones, siendo el cáncer de vesícula el

único que ha mostrado una disminución significativa. En Ñuble, a diferencia de la tendencia nacional, el cáncer gástrico y cervicouterino han aumentado. Destaca de forma significativa el aumento de mortalidad por cáncer de colon y de bronquio-pulmones, para lo cual es fundamental implementar estrategias a nivel nacional que sean consistentes, como las evidenciadas en el cáncer de vesícula.

PALABRAS CLAVE	Mortalidad, Mujeres, Neoplasias.
TÍTULO DEL TRABAJO	DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTE MAYOR CON SÍFILIS, UNA OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA POSTERGADA:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Zuleta Pinto Paula (1)
CO-AUTORES	Vásquez Loyola Gustavo (1), Callejas Ossandón Camila (2)
AFILIACIÓN	(1)Médico/a General de Zona, Hospital de Andacollo Dr. José Luis Arraño, Andacollo (2)Médica General de Zona, CESFAM San Juan, Coquimbo
INTRODUCCIÓN	La sífilis es una infección de transmisión sexual cuya incidencia ha aumentado en los últimos años, constituyendo un problema de salud pública. Su forma neurológica, la neurosífilis, puede presentarse con síntomas cognitivos, conductuales o afectivos, simulando cuadros neurodegenerativos. A pesar de ser una etiología tratable de demencia, su diagnóstico suele omitirse en la práctica clínica. Este caso ilustra la importancia de considerar causas infecciosas al evaluar deterioro cognitivo en adultos mayores.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 67 años con antecedentes de escolaridad básica incompleta, ruralidad, violencia intrafamiliar y familiares primarios con demencia, en seguimiento desde 2022 por deterioro cognitivo progresivo. A la evaluación destacaba sintomatología ansiosa-depresiva, Mini Mental Test (MMSE) con deterioro cognitivo (12/21 puntos) y tomografía de cerebro con lesiones isquémicas crónicas de vasos pequeños. Se interpretó como cuadro neurodegenerativo, perdiendo seguimiento. En 2024 retoma controles por mayor pérdida de memoria, irritabilidad y labilidad emocional. MMSE 8/21 puntos. Se revisan exámenes generales: glóbulos rojos con rouleaux y V.H.S 55 mm/h. Se inicia manejo por trastorno del ánimo y se amplía estudio etiológico

de demencia sin alteraciones tiroideas ni vitamínicas, diagnosticándose sífilis con RPR 1:8 y MHA-TP positivo. Evaluada por neurólogo, se orienta como sífilis latente con sospecha de neurosífilis. Se indican tres dosis de penicilina benzatina 2.4 millones UI intramuscular y derivación a infectología. Actualmente a la espera de evaluación con indicación de punción lumbar.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso visibiliza cómo factores sociales, antecedentes familiares y una presentación aparentemente típica pueden retrasar el diagnóstico de una infección tratable. La historia de violencia, baja escolaridad y falta de red de apoyo condicionaron la interpretación del cuadro, perpetuando sesgos clínicos. Destaca la importancia de un enfoque integral y biopsicosocial en el estudio del deterioro cognitivo, así como la necesidad de fortalecer herramientas clínicas y reflexivas en contextos de alta vulnerabilidad.

PALABRAS CLAVE Demencia, Neurosífilis, Sífilis Latente.

TÍTULO DEL TRABAJO DÉFICIT PANTOTENATO QUINASA, REPORTE DE CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA G) Neurología

AUTOR Valderrama Maturana, María Paz (1)

CO-AUTORES Garrido Carrasco, Javiera (2)
Valladares Pereira, Camila (3)
Quiroz Oyarce, Ángela (4)

AFILIACIÓN (1) Médica General de Zona Hospital de Molina, Molina
(2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Alfonso Parra Carriel, San Ignacio
(3) Médica General de Zona CESFAM Dr. Alfonso Parra Carriel, San Ignacio
(4) Médica General de Zona Hospital de Teno, Teno

INTRODUCCIÓN Los trastornos del movimiento se suelen clasificar en los que tienen actividad reducida o excesiva. Dentro de los trastornos bradikinéticos encontramos la neurodegeneración asociada a la pantotenato quinasa (PKAN), anteriormente conocida como enfermedad de Hallervorden-Spatz, entidad poco frecuente que se incluye en un grupo de trastornos

conocidos como neurodegeneración con acumulación de hierro en el cerebro.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 20 años, sin antecedentes mórbidos, inicia cuadro insidioso de movimiento involuntario de extremidad superior derecha, que en ocasiones se generaliza, fluctuante, no afecta el sueño y aumenta en situaciones de estrés, de hecho, asocia su inicio a sobrecarga académica. Tomografía computarizada de encéfalo sin lesiones, electroencefalograma: sin actividad irritativa, resonancia magnética de encéfalo: depósito de minerales en ambos pallidum y mesencéfalo, sin atrofia asociada. Se inicia tratamiento empírico con benzodiacepinas y levetiracetam con respuesta parcial. Posteriormente, consulta extrasistema con evaluación con equipo multidisciplinario donde se prescribe escitalopram, clonazepam y tonaril con mejora sintomática. Aún pendiente estudio genético.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La PKAN se hereda de forma autosómica recesiva y es causado por mutaciones en el gen PanK2. Se clasifica generalmente en formas clásicas y atípicas. La clásica se presenta en la primera década de la vida con signos extrapiramidales, como distonía orofacial y de extremidades, disartria, rigidez y coreoatetosis. La retinopatía, la espasticidad y el deterioro cognitivo son comunes. Con menor frecuencia, los pacientes pueden presentar a una edad más avanzada (segunda década) una rigidez más pronunciada y una progresión más lenta. El diagnóstico se sospecha cuando una resonancia magnética muestra foco central con aumento de la intensidad de la señal en T2, rodeado por una zona de disminución de la señal en la región del globo pálido, signo del ojo de tigre. No hay tratamiento curativo aun, requiere evaluación por equipo multidisciplinario, el manejo de síntomas se basa en medicamentos dopaminérgicos y benzodiacepinas.
PALABRAS CLAVE	Bradicinesia, Ganglios basales, Hierro
TÍTULO DEL TRABAJO	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISFAGIA A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Araneda Valdés Rosario (1)

CO-AUTORES	Mariángel Bravo Macarena (1), Daza Valenzuela Francisca (1), Gil Suárez Marianny (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Mercedes Chimbarongo, Chimbarongo. (2) Médico Cirujano, Hospital de Mercedes Chimbarongo, Chimbarongo.
INTRODUCCIÓN	La disfagia corresponde a la dificultad para tragar o deglutir. En la mayoría de los casos una acuciosa anamnesis y examen físico logran orientar el origen. El médico general tiende a buscar causas malignas como primera posibilidad diagnóstica. Sin embargo, en ocasiones no será esta la fuente. De todas formas, dada su repercusión sobre la calidad de vida y complicaciones asociadas debe estudiarse siempre.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 82 años con antecedentes de diabetes, hipertensión, dislipidemia e insuficiencia cardíaca. Consultó en policlínico por 3 meses de disfagia asociada a dolor abdominal postprandial y diarrea intermitente. Sin hallazgos relevantes al examen físico. Se solicitó endoscopia digestiva alta (EDA) que reportó: "compresión extrínseca en esófago alto (...)". Para ampliar estudio se solicitó Tomografía Computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis con contraste que informó: "esófago sin alteraciones en su porción torácica (...) aumento de volumen nodular de la tiroides". Dado los hallazgos anteriores se solicitó TC de cuello con contraste que describió: "discopatía degenerativa avanzada C5-C6, con osteofitos prominentes que posiblemente disminuyen la amplitud del esófago cervical (...) bocio difuso". Finalmente, se derivó a Traumatología para continuidad de tratamiento.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Los osteofitos cervicales son una causa poco frecuente de disfagia. La edad promedio de presentación es a los 69 años. Generalmente son de crecimiento lento por lo que suelen ser bien tolerados y no causan mayor sintomatología. La evaluación de estos pacientes debiese incluir: i) evaluación clínica completa de estructuras orofaríngeas y rango de movilidad cervical ii) radiografía lateral de columna cervical iii) esofagograma con ingesta de bario. La mayoría de los pacientes responde al tratamiento conservador (cambio de régimen y antiinflamatorios). El tratamiento quirúrgico (resección de osteofitos) está indicado cuando no hay respuesta al manejo médico.

Consideramos interesante dar a conocer este caso a modo de recordar los diagnósticos diferenciales de disfagia.

PALABRAS CLAVE	Degeneración del Disco Intervertebral, Disfagia, Neoplasia
TÍTULO DEL TRABAJO	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TOS CRÓNICA, NO TODO ES ASMA O ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Broncopulmonar)
AUTOR	Delgado Alcalde Cecilia (1)
CO-AUTORES	Schuller Martínez Matías (1), Vilches Aracena Camilo (1), Cohen Martínez Haim (2).
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Placilla, Valparaíso. (2) Interno de séptimo año de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar.
INTRODUCCIÓN	La tos, independientemente de su duración, es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria. Las causas más frecuentes de tos crónica, tras excluir la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el tabaco y el uso de ciertos medicamentos antihipertensivos, son: las afecciones del tracto respiratorio superior, el asma, la bronquitis eosinofílica crónica y el reflujo gastroesofágico. Entre las causas menos habituales se encuentra la enfermedad pulmonar intersticial, cuyo diagnóstico puede ser complejo debido a la amplia heterogeneidad de sus manifestaciones clínicas y radiológicas. A continuación, se describe un caso representativo.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 64 años, sin antecedentes médicos relevantes ni consumo de tabaco, consultó por tos seca de varios meses de evolución, sin factores desencadenantes identificables. En el examen físico se detectaron crépitos gruesos en ambas bases pulmonares. Se realizaron estudios complementarios ante la sospecha de una enfermedad pulmonar intersticial: la espirometría mostró una limitación ventilatoria de tipo restrictiva leve, sin mejoría tras el uso de broncodilatadores; el test de caminata de seis minutos evidenció desaturación y la capacidad de difusión de gases moderadamente reducida. La tomografía computarizada de tórax mostró signos de fibrosis pulmonar con un patrón compatible con neumonía intersticial no específica, y los exámenes reumatológicos resultaron negativos. Se diagnosticó una neumonitis por hipersensibilidad y se inició

tratamiento con un inmunomodulador y corticoides, con control programado a los cuatro meses para evaluar la evolución.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La variabilidad clínica de la tos persistente representa un reto diagnóstico. En este caso, la combinación de estudios de imagen y función respiratoria permitió identificar una enfermedad pulmonar intersticial en forma temprana, iniciar tratamiento adecuado y prevenir su progresión hacia una fibrosis irreversible, mejorando así la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE Enfermedad Pulmonar Intersticial, Neumonitis por Hipersensibilidad, Tos Crónica.

TÍTULO DEL TRABAJO DIAGNÓSTICO DE CÁNCER OROFARÍNGEO, NO TODA ODINOFAGIA ES RINOFARINGITIS:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA H) Especialidades (Otorrinolaringología)

AUTOR Corvalán Díaz Verónica (1)

CO-AUTORES Briones Miranda Camila (1), Salinas Pizarro Javiera (1), Corvalán Díaz Carlos (2)

AFILIACIÓN (1) Médica Cirujana en Etapa de Destinación y Formación, Hospital de Hualañé, Hualañé
(2) Estudiante de medicina, Universidad de Talca, Hospital de Hualañé, Hualañé

INTRODUCCIÓN El cáncer orofaríngeo ocupa la sexta posición de incidencia mundial. Son bien conocidos factores de riesgo como el tabaco, el alcohol y la mala higiene bucal. El motivo de consulta suele ser lesiones tumorales de gran tamaño ulceradas, considerando el difícil acceso a la zona para un autoexamen. El diagnóstico se tiende a realizar en etapas avanzadas. Las opciones de tratamiento, son variables y dependen del estadio, siendo lo más importante en la supervivencia, es el diagnóstico temprano. Se presenta caso con el objetivo de evidenciar que un motivo de consulta visto como banal puede ser la clave para el diagnóstico de enfermedades con gran impacto en la vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 52 años, con antecedentes de tabaquismo activo. Consulta al servicio de urgencias y es categorizado como C5, atendido posterior a 4 horas de espera. Refiere historia de 2 meses de evolución de odinofagia, asociado a cambio de voz, asociado a disfagia

y baja de peso de 10 kilos en 4 meses. Al examen físico no presenta úvula, superficie del paladar blando de superficie irregular, eritematosa, friable, con aumento de volumen de mismas características en ambas amígdalas. Se hospitaliza para estudio; se toma biopsia de muestras de amígdalas bilateral y paladar blando; donde resultaron positivas para carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. Se presenta el caso al comité oncológico quienes deciden quimioterapia y radioterapia con intención curativa. Se firma consentimiento informado

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Si bien se tiende a asociar el sintoma de odinofagia con cuadros virales leves y por lo tanto siendo clasificados con un mayor tiempo de espera, existen patologías graves, que pueden ser incluso mortales por lo cual es importante la alta sospecha, el estudio de diagnósticos diferenciales, anamnesis y examen físico; el diagnóstico temprano en este caso logró una mayor expectativa de vida en el paciente y aliviar su dolor
PALABRAS CLAVE	Neoplasias Orofaringeas, Neoplasias Tonsilares, Oncología
TÍTULO DEL TRABAJO	DIAGNÓSTICO TARDÍO DE ENFERMEDAD DE CROHN EN PACIENTE CON PRESENTACIÓN CLÍNICA INSIDIOSA Y EXÁMENES INICIALES NORMALES:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Jarufe Gayoso Catalina (1)
CO-AUTORES	Jarufe Gayoso Amanda (2) Soto Perich Ivo (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF Cefam Dr Alberto Reyes, Tomé (2) Interno medicina Universidad San Sebastián sede patagonia
TÍTULO DEL TRABAJO	DIAGNÓSTICO TARDÍO DE CROHN EN PACIENTE CON PRESENTACIÓN CLÍNICA INSIDIOSA Y EXÁMENES INICIALES NORMALES:
INTRODUCCIÓN	Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), como la enfermedad de Crohn, pueden presentar un curso clínico insidioso, dificultando su diagnóstico temprano. El retraso diagnóstico puede asociarse a mayor morbilidad y empeoramiento de la calidad de vida. Este caso ilustra la evolución progresiva y atípica de la enfermedad en

una paciente joven, subrayando la importancia de una evaluación continua ante síntomas persistentes.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente femenina, 25 años, sin antecedentes médicos, consulta por cuadro de cinco años de evolución caracterizado por episodios recurrentes de dolor abdominal asociado a disentería. Durante este período fue evaluada en múltiples ocasiones por gastroenterología, realizándose estudios de laboratorio que mostraron anemia microcítica hipocrómica leve y velocidad de sedimentación globular (VSG) aumentada. A pesar de estos, los exámenes imagenológicos y endoscópicos realizados en ese momento, no evidenciaron alteraciones significativas. Se indicó manejo conservador con dieta y trimebutina. Posteriormente, persiste la sintomatología digestiva y la anemia crónica, consulta nuevamente luego de automedicarse con ibuprofeno por síntomas respiratorios, lo que se asocia a un aumento del dolor abdominal y aparición de sangrado digestivo bajo. Se realiza una nueva colonoscopia de urgencia que revela signos de ileítis inespecífica y colitis segmentaria. La biopsia intestinal confirma el diagnóstico de enfermedad de Crohn.

**DISCUSIÓN Y
CONCLUSIONES**

Este caso pone en evidencia una forma de presentación atípica de la enfermedad de Crohn, sin hallazgos endoscópicos ni radiológicos iniciales, lo que dificultó su diagnóstico oportuno. La evolución prolongada con síntomas gastrointestinales inespecíficos y marcadores inflamatorios alterados debió orientar a una sospecha más precoz. La exposición a antiinflamatorios puede exacerbar los síntomas y contribuir a desenmascarar la patología subyacente. Se destaca la importancia del seguimiento clínico estrecho y la reevaluación diagnóstica en pacientes jóvenes con síntomas digestivos persistentes. Este caso contribuye a visibilizar presentaciones poco evidentes de Crohn y refuerza la necesidad de un enfoque clínico dinámico

**PALABRAS
CLAVE**

Diagnóstico tardío, Enfermedad de Crohn, Enfermedades Gastrointestinales

**TÍTULO
DEL TRABAJO**

DISNEA COMO SÍNTOMA PRINCIPAL DEL SÍNDROME DE LAMBERT-EATON:

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA

g) Neurología

AUTOR

Neumann Klein Josefina (1)

CO-AUTORES	Díez Lagos Camilo (1), Jadue Bórquez Gabriela (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cefam Teodoro Schmidt, Teodoro Schmidt (2) Médico General de Zona, Cefam Santa Julia, Macul
INTRODUCCIÓN	El síndrome miasténico de Lambert-Eaton (SMLE) es una patología infrecuente de la unión neuromuscular. Con una incidencia estimada de 0,48 por millón de habitantes. Puede manifestarse debido a un síndrome paraneoplásico o a una enfermedad autoinmune primaria. El 60% de los casos están asociados a cáncer de pulmón de células pequeñas. El síntoma principal es la debilidad muscular. El compromiso respiratorio es infrecuente. Los pilares del tratamiento son corticoides e inhibidores de la acetilcolina.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 63 años, con antecedentes de SMLE, en tratamiento con Azatioprina 50 mg, Neostigmina 60 mg y Prednisona 5 mg. Acude a control respiratorio en atención primaria con cuadro de 3 meses de evolución de disnea de pequeños esfuerzos, tos, expectoración y opresión torácica. Se estudia con espirometría y se inicia tratamiento con Bromuro de Ipratropio y Salmeterol/fluticasona 250/25. Luego de 2 meses acude a control sin evolución clínica favorable, con espirometría normal, no obstructiva. Radiografía de tórax con refuerzo perihiliar bilateral y patrón reticular bibasal. Se realiza derivación a neurología, donde se indica Scanner de tórax, sin hallazgos de malignidad. Se aumenta dosis de Prednisona a 20 mg/día y mantención de inhaladores. En control a los 3 meses sin sintomatología respiratoria. Este trabajo cuenta con el consentimiento informado del paciente.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La clínica respiratoria es atípica en pacientes con SMLE, por lo que en primer lugar se debe buscar cáncer pulmonar como causante, por su elevada asociación y mortalidad. Una vez descartado ese diagnóstico, el estudio con espirometría permite diferenciar entre enfermedad pulmonar primaria versus exacerbación neuromuscular. En este caso la falta de respuesta a broncodilatadores y el patrón espirométrico permitieron la orientación hacia la segunda opción. El ajuste inmunosupresor oportuno y seguimiento por especialidad fueron claves para un manejo efectivo de la sintomatología respiratoria.
PALABRAS CLAVE	Disnea, Exacerbación, Síndrome de Lambert-Eaton.
TÍTULO DEL TRABAJO	EL DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE UNA TROMBOCITOPENIA SEVERA PERSISTENTE:

CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) medicina interna
AUTOR	Venturelli Mendéz Paulina Alejandra (1)
CO-AUTORES	Parada Escobar Jorge Pedro (1), Lineros Cid Martin Alejandro (2), Figueroa Pacheco Emilio Vicente (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Intercultural Kallvu Llanka, Cañete (2) Interno Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello Sede Concepción
INTRODUCCIÓN	La trombocitopenia es un hallazgo común del hemograma y realizar el diagnóstico etiológico diferencial puede ser un desafío. Es importante realizar un abordaje inicial adecuado para descartar las causas que eventualmente podrían amenazar la vida.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente acude a urgencias por cuadro de epistaxis bilateral. Se maneja con taponamiento nasal y ácido tranexámico. Al examen destacan petequias en piel, en mucosa oral y edema de extremidades inferiores. Laboratorio destacan plaquetas de 1000/ml, hemoglobina 8.2 g/dl y coagulación normal. Se realiza transfusión de 6 unidades de plaquetas, al control con hemograma destaca plaquetas en 2000/ml. Se decide hospitalizar para estudio y manejo de bicitopenia. Durante su estadía recibe múltiples transfusiones ya que las plaquetas siempre tienden a la baja. Se descartan causas farmacológicas. Tomografía descarta esplenomegalia. Se indica terapia con corticoides por tres días con lo cual no cede. Se solicita para estudio etiológico: autoanticuerpos, hepatotropos y gammopatías (electroforesis en sangre y orina), los cuales se informan negativos. Se realiza biopsia y aspirado de médula ósea, lo que descarta leucemia y se realiza hallazgo que podría corresponder con un síndrome mielodisplásico.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Es importante realizar una anamnesis exhaustiva con el fin de descartar causas potencialmente reversibles. Considerar repetir el hemograma con citrato para descartar un falso positivo. Es útil disponer de un frotis el cual, debido a falta de reactivo en el centro, no se logró obtener. Conocer los criterios de transfusión para lograr mantener estable al paciente mientras espera el resultado de los exámenes. El diagnóstico diferencial de un paciente con trombocitopenia severa y/o otros tipos de citopenias se puede ver dificultado por diversos factores, ya sea por el tiempo de espera para el resultado de exámenes

o por falta de reactivos. Lo importante es saber cuál debe ser el abordaje inicial de estos pacientes

PALABRAS CLAVE	Anemia, Pancitopenia, Síndromes Mielodisplásicos, Trombocitopenia
TÍTULO DEL TRABAJO	DOLOR TORÁCICO Y DERRAME PERICÁRDICO, DIAGNÓSTICO EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	B) Medicina interna
AUTOR	Galleguillos León Sebastián (1)
CO-AUTORES	Cortés López Belén (1), Sotomayor Barros Arturo (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Familiar y Comunitario de Vilcún, Vilcún
INTRODUCCIÓN	El dolor torácico (DT) es una consulta común en el servicio de urgencias, su abordaje se centra en descartar diagnósticos posiblemente graves. En pacientes oligosintomáticos, el estudio incluye clásicamente electrocardiograma (ECG) y enzimas cardíacas, los cuales tienen muy poca sensibilidad para el derrame pericárdico (DP), siendo que se asocia a rápida morbilidad. Nuestra intención es sensibilizar sobre el DP y su búsqueda activa, presentando un caso clínico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino 67 años, antecedente obesidad, consulta en 3 ocasiones en servicio de urgencias de baja complejidad durante una semana por DT irradiado a región cervical izquierda sin otros síntomas. Signos vitales dentro del límite normal, sin pulso paradójico. Examen físico normal, sin signos congestivos, auscultación cardiopulmonar normal. ECG sinusal, sin alteración onda ST, eje a izquierda no fluctuante. Radiografía tórax: discreta cardiomegalia, sin otros hallazgos. Troponinas persistentemente negativas. Sin alteraciones al laboratorio. Dado persistencia de DT se realiza ecoscopia bedside donde destaca moderado DP. TAC tórax: DP 21mm de espesor Se presenta caso a cardiología quien indica traslado a hospital de alta complejidad por alto riesgo de taponamiento cardíaco. Ecocardiograma transesofágico: derrame circunferencial de 20mm, vena cava 13mm con signo de aumento de presiones intrapericárdicas. Se realiza drenaje pericárdico con buena respuesta sintomática e

imagenológica. Sin etiología identificada. Se mantiene en seguimiento por especialidad

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La pericarditis asociado a DP es un diagnóstico diferencial de DT, con mortalidad tiempo dependiente. Pese a ser una causa manejable de paro, no es evaluada rutinariamente, especialmente en urgencias de baja complejidad. Clásicamente el diagnóstico de pericarditis requiere dos de tres de: DT característico, roce pericárdico, cambios evolutivos de la repolarización ventricular en ECG. El DP requiere para su diagnóstico una imagen compatible, siendo el ecógrafo un medio disponible en nuestro contexto y de rápida evaluación.

PALABRAS CLAVE Derrame Pericárdico, Dolor en el Pecho, pericarditis

TÍTULO DEL TRABAJO Defunciones por tumor maligno del pene: Tasa de mortalidad durante el periodo 2016 a 2023 en Chile.

CLASE Trabajo de investigación (TI)

CATEGORÍA Cirugía

AUTOR Argenis Espinoza Nuñez (1)

CO-AUTORES Javiera Durán Pavez (2), Martín Alarcón Lobos (3), Daniela Jofré Medel (4)

AFILIACIÓN (1) Médico Cirujano, Cesfam Ignacio Carrera Pinto, Yerbass Buenas (2) Interna de Medicina, Hospital de Linares, Universidad Autónoma (3) Interno de Medicina, Hospital de Linares, Universidad Autónoma (4) Interna de Medicina, Hospital de Linares, Universidad Autónoma

INTRODUCCIÓN El tumor maligno del pene (TMP) es una neoplasia que se caracteriza por un crecimiento anormal del tejido epitelial del pene. Es una patología poco frecuente pero con alta mortalidad en sus estadios avanzados.

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 TM fue durante el año 2020 con un valor de 0,63/100.000 defunciones. El grupo etario con mayor TM del periodo se encontró entre 80 años y más con un valor de 1,98/100.000 defunciones. La

región con mayor TM fue la de Atacama con 0,38 defunciones. La mayor distribución porcentual de defunciones ocurrieron en casa con 70,40%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	La mayor mortalidad en el año 2020, podría deberse al retraso diagnóstico debido a la pandemia, donde las atenciones fueron restringidas debido a la alerta sanitaria. El grupo etario con mayor TM fue el de 80 y más años, esto podría estar asociado a diversos factores biopsicosociales que determinan un retraso en el diagnóstico y limitación en las alternativas terapéuticas. La región de Atacama tuvo la mayor mortalidad, esto podría estar relacionado con la escasez de profesional especialista, esto conlleva a diagnósticos en etapas más avanzadas donde la resolución es paliativa. La mayor mortalidad en casa, podría relacionarse con el manejo paliativo y no curativo de esta enfermedad en estadio avanzado. Los grupos de riesgo encontrados en esta investigación, podrían representar la escasez de prevención asociado a esta patología, recomendamos realizar mayor investigaciones para poder determinar factores de riesgo asociados a población específica.
PALABRAS CLAVE	Chile, Urología, Mortalidad, Neoplasias de pene.
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL ECCEMA DISHIDROTICO PLANTAR SEVERO, EXPERIENCIA DE MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	H) Especialidades (Dermatología)
AUTOR	Palomino Castro Michelle (1)
CO-AUTORES	Alvear Violic Matias (1), Aravena Traipi Laura (2)
AFILIACIÓN	(1)Medico General de Zona, CESFAM Paipote, Copiapó (2)Interna Medicina 6to año, Universidad de Atacama, Copiapó
INTRODUCCIÓN	El eccema dishidrotico es una causa frecuente de dermatitis de manos y pies en el adulto, corresponde a una enfermedad multifactorial que comprende diversas condiciones etiológicas y morfológicas, caracterizado por prurito y aparición de vesículas en la superficie que pueden evolucionar a lesiones descamativas o ulceradas en casos más severos. Los cuadros más severos pueden producir una gran afectación de la calidad de vida del paciente.

En este caso se dio manejo a una forma de presentación severa de dishidrosis que imposibilitaba la deambulaci3n del paciente.

PRESENTACI3N DEL CASO	Paciente de 46 a1os, sin antecedentes m3rbidos de relevancia, consulta por aparici3n de lesiones en planta de pies, asociado a dolor y salida de secreciones. Se estuvo aplicando ungüento de Matico con empeoramiento de s3ntomas. Al examen f3sico, ambas plantas se observan con severo engrosamiento, coloraci3n amarillenta, abundante descamaci3n, m3ltiples grietas, secreci3n purulenta y de mal olor, asociado a dolor a la palpaci3n y prurito intenso. En vista de la severidad del cuadro se inici3 manejo inmediato con corticoides orales, antibi3ticos, antihistam3nicos, curaciones y medidas generales no farmacol3gicas. Al momento de citarlo para respuesta de plataforma de Teledermatolog3a, paciente con buena respuesta a tratamiento mejor3a casi completa de lesiones, lo que apoyaba la hip3tesis diagn3stica inicial.
DISCUSI3N Y CONCLUSIONES	Los casos de dermatolog3a, en algunas ocasiones suponen una dificultad para el medico de atenci3n primaria. Si bien contamos con la herramienta de Teledermatolog3a, algunas veces nos encontramos con casos severos donde se necesita dar un manejo inicial al paciente, teniendo presente diagn3sticos diferenciales y la canasta de f3rmacos de la que dispone atenci3n primaria.
PALABRAS CLAVE	eccema, dermatitis, prurito.
T3TULO DEL TRABAJO	EDEMA PULMONAR AGUDO SECUNDARIO A USO DE DIUR3TICO TIAZ3DICO, A PROP3SITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Cl3nico (CC)
CATEGOR3A	b) Medicina Interna
AUTOR	Riquelme Parra, Felipe Andr3s (1)
CO-AUTORES	Milling Henr3quez, Camila Eugenia (1) Del R3o Roa, Joaqu3n Luis Alfonso (2)
AFILIACI3N	(1)M3dico General de Zona, Hospital R3o Bueno, R3o Bueno (2)M3dico integral, Hospital R3o Bueno, R3o Bueno
INTRODUCCI3N	El edema pulmonar agudo (EPA) es una patolog3a grave caracterizada por edema a nivel alveolar, que compromete el intercambio gaseoso y lleva a insuficiencia respiratoria. Aunque suele estar asociado con insuficiencia card3aca, tambi3n puede ser inducido por f3rmacos, como

la hidroclorotiazida, un diurético tiazídico utilizado para tratar hipertensión arterial (HTA)¹. Se presenta el siguiente caso con el objetivo de dar a conocer efectos adversos de un fármaco comúnmente usado para manejo de la HTA.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 54 años con antecedente de HTA y diabetes mellitus tipo 2 no insulino-requiriente, consultó en urgencias por disnea, ortopnea y ruidos bronquiales que comienzan una hora post ingesta de hidroclorotiazida. A la evaluación con apremio respiratorio, sin ingurgitación yugular, examen pulmonar con crepitaciones bilaterales y presión arterial elevada. Destaca electrocardiograma sin alteraciones, radiografía de tórax con signos de congestión pulmonar y exámenes de laboratorio con troponinas negativas. Se interpreta como EPA y se inicia manejo con bomba de infusión continua de nitroglicerina y fármacos depletivos. Evoluciona con hipotensión, necesitando drogas vasoactivas. Ya compensada, sin apremio respiratorio, con signología pulmonar en regresión y con presiones arteriales estables, se concluye probable cuadro de distrés respiratorio secundario a hidroclorotiazida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El uso de hidroclorotiazida puede ocasionar EPA a través de distintos mecanismos. Uno de ellos es la hipersensibilidad², lo que puede generar una reacción inflamatoria severa y aumentar la permeabilidad capilar pulmonar; se cree que hipersensibilidad tipo III³ es el adecuado, donde la producción de anticuerpos IgG contra hidroclorotiazida genera la activación de cascada inflamatoria al depositarse en los pulmones. El tratamiento implica suspensión inmediata del fármaco, oxigenoterapia, y fármacos que permitan mantener un gasto cardíaco y oxigenación adecuada con presiones de llenado lo más bajas posibles, como, diuréticos de asa, vasodilatadores o algún inotrópico. La identificación temprana de esta complicación es clave para evitar complicaciones mayores.

PALABRAS CLAVE “Edema pulmonar”; “Diurético”; “Disnea”

TÍTULO DEL TRABAJO EFECTOS ADVERSOS DE CLORPROMAZINA RETROBULBAR EN PACIENTE CON TRAUMA OCULAR. REPORTE DE CASO CLÍNICO:

CLASE Caso Clínico

CATEGORÍA h) Especialidades (Oftalmología)

AUTOR González Álvarez Luis (1)

CO-AUTORES	Tombolini Colvin Merino García Pablo (3) Herrera Rivas Renzo Daniel (1) (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM San Manuel, Melipilla (2) Médico General de Zona, CESFAM Juan Antonio Ríos, Santiago (3) Médico General de Zona, Hospital de Frutillar, Frutillar
INTRODUCCIÓN	El manejo analgésico en patología oftalmológica resulta complejo. Como alternativas para pacientes con baja o nula visión existen inyecciones retrobulbares de alcohol o clorpromazina, que actuaría a nivel ganglio ciliar, con buen resultado analgésico pero diversos efectos adversos, incluyendo ptosis y edema palpebral, disminución de agudeza visual, celulitis periorbitaria, lipotimia, entre otros. Por esto, resulta importante la selección cuidadosa de candidatos. Afortunadamente, la mayoría de estos efectos adversos resultan transitorios.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 53 años, con estallido ocular izquierdo hace 9 años durante actividad laboral. Sometida a 4 procedimientos para restauración de anatomía de globo ocular y orbitaria, presenta disminución progresiva de agudeza visual, hasta no percepción luminosa en 5 años. Adicionalmente, presenta dolor retroorbitario intenso recurrente y alza de presión intraocular. Se plantea administración de clorpromazina retrobulbar anual. En primera administración sin efectos adversos. En segunda administración, 3 horas posterior a inyección inicia cuadro de mareo, compromiso de conciencia cualitativo progresivo, náuseas, cefalea hemicraneana izquierda y sudoración. Evaluada en atención primaria, paciente letárgica, con signos vitales dentro de rango (Presión arterial 116/72 mmHg, normocárdica, Saturación 96%, afebril y euglicémica). Al examen físico destaca edema periorbitario izquierdo marcado, con quemosis y leucoma corneal ipsilateral. Electrocardiograma normal. Presenta recuperación espontánea progresiva de conciencia en 5 minutos. A los 2 días inicia eritema periorbitario, asociado a secreción purulenta y cefalea, manejado con antibioterapia tópica. Luego de 2 semanas, con remisión del cuadro, mantiene lubricación ocular.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Pese a su efectividad analgésica, los efectos adversos de fármacos retrobulbares deben ser informados y requieren observación estricta para una detección y manejo oportuno. El uso de estas inyecciones está descrito en series de casos con resultados diversos según etiología del dolor, pero con bajo número de pacientes. Este caso manifestó

múltiples complicaciones descritas en literatura, pero requiere de alta sospecha diagnóstica considerando los antecedentes.

PALABRAS CLAVE	Clorpromazina, Dolor ocular, Lesiones oculares penetrantes, Presión intraocular
TÍTULO DEL TRABAJO	EL CRECIENTE DESAFÍO DE LA COLELITIASIS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	C) Pediatría y Cirugía infantil
AUTOR	Galleguillos León Sebastián (1)
CO-AUTORES	Araya Pino Camila (1), Cortés López Belén (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Familiar y Comunitario de Vilcún, Vilcún
INTRODUCCIÓN	La colelitiasis es la formación de cálculos en la vesícula biliar, es un problema de salud pública en nuestra población, así pues su resolución se incorporó a la Garantía Explícita en Salud número 26. Su curso clínico se ha asociado clásicamente a población adulta, sin embargo hay motivos, cada vez más frecuentes, para plantear su sospecha y abordaje en población pediátrica. A continuación se caracterizará el problema a raíz de un caso clínico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de trece años de edad, sin antecedentes, de ascendencia mapuche y madre colecistectomizada, consultó en servicio urgencias por doce horas de dolor abdominal tipo cólico en cuadrante superior derecho asociado a náuseas, afebril, sin trauma ni otros síntomas a relatar. Sin lesiones en piel, auscultación pulmonar normal, abdomen blando no doloroso. Laboratorio sin alteraciones. Ecografía bedside con vesícula distendida con imagen hiperecoica en su interior con sombra acústica sin signos de complicación. Se presentó caso a equipo de cirugía en hospital de referencia, se decide analgesia via oral y colecistectomía diferida.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La colelitiasis es una enfermedad en su mayoría asintomática, pero con complicaciones de morbimortalidad importante que han posicionado la colecistectomía preventiva como un estándar en nuestro país. Poco frecuente en pediatría, sin embargo se ha reportado un aumento en la prevalencia en este grupo en la literatura internacional, lo cual se explica por factores que aplican a nuestra realidad: aumento en obesidad infantil, rápido descenso en el índice de masa corporal,

síndrome de down, uso de ceftriaxona, el mayor acceso a medios diagnósticos como ecografía, entre otros. Esto implica un desafío en el equipo de salud a considerarla dentro del diagnóstico diferencial en contexto de urgencias y capacitarse en métodos accesibles para su pesquisa que favorezcan a una expedita transición al equipo quirúrgico.

PALABRAS CLAVE	Cálculos Biliares, Colelitiasis, Obesidad Infantil
TÍTULO DEL TRABAJO	EL ROL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ANTE SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS ATÍPICOS, SOSPECHA ACTIVA DE UN SÍNDROME INFRECUENTE:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	Especialidades/ Neurología
AUTOR (MÁXIMO 4)	Mellado Villegas, Emanuel (1)(2)
CO-AUTORES	Rivera De Arcas, Elizabeth (4) Rodríguez Pizarro, Sofía (3) Giustinianovich Fehrmann, Felipe (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Sur, Iquique. (2) Médico Residente Piso de Medicina, Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, Iquique. (3) Médico de Atención Primaria en Salud, CESFAM Sur, Iquique. (4) Interna de Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica.
INTRODUCCIÓN	La atención primaria en salud (APS) enfrenta a diario pacientes con síntomas inespecíficos que requieren discernimiento clínico para detectar signos de alarma. En ausencia de estudios complementarios como neuroimagen, el juicio médico adquiere especial valor al decidir cuándo derivar para estudio especializado. Este caso refleja la importancia de no subestimar síntomas neurológicos subagudos que pueden corresponder a patologías infrecuentes de manejo hospitalario.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 53 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, consultó en dos ocasiones a servicios de urgencia por dolor holocraneano súbito, intermitente, de intensidad moderada a severa, acompañado de dolor orbitario derecho, diplopía, náuseas y episodios de inestabilidad de la marcha. En la primera atención fue diagnosticada con neuralgia y tratada con analgesia, sin mayor estudio. En la segunda, se planteó un

trastorno del ánimo, sin evaluación neurológica. Ante la persistencia del cuadro, reconsultó en APS. Se pesquisó restricción de la aducción ocular derecha con nistagmo contralateral. Se sospechó un evento neurológico subagudo no pesquisado, por lo que se derivó con solicitud resonancia magnética cerebral, evaluación neurológica y eventual hospitalización. La neuroimagen reveló focos inespecíficos de hiperintensidad en sustancia blanca, sin hallazgos sugestivos de lesión estructural. Ante la asociación de oftalmoplejía dolorosa unilateral, ausencia de otras causas y respuesta favorable a corticoides, se consideró diagnóstico de Síndrome de Tolosa-Hunt según criterios del International Classification of Headache Disorders, 3rd Edition (ICHD-3).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El caso evidencia un escenario habitual: síntomas neurológicos interpretados en forma reduccionista y sin reevaluación semiológica. La sospecha desde APS permitió revertir una posible omisión diagnóstica. Si bien la neuroimagen fue inespecífica, la clínica y respuesta terapéutica cumplía los criterios diagnósticos del Síndrome de Tolosa-Hunt. Este caso demuestra que en APS no solo se resuelven patologías simples, sino que también se identifican condiciones de baja frecuencia, cuando se piensa con amplitud y se actúa con oportunidad.

PALABRAS CLAVE Atención Primaria de Salud, Diagnóstico Diferencial, Síndrome de Tolosa-Hunt

TÍTULO DEL TRABAJO EMBARAZO HETEROTÓPICO Y SU DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA:

CLASE Caso Clínico (CC).

CATEGORÍA e) Ginecología y Obstetricia

AUTOR Soto Vicencio Jaime (1)

CO-AUTORES

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Ralco, Ralco

INTRODUCCIÓN El dolor abdominal en gestantes del primer trimestre representa un desafío diagnóstico frecuente, especialmente en atención primaria rural. Si bien causas como infección urinaria o amenaza de aborto son frecuentes, no debe descartarse patología ginecológica grave como el embarazo ectópico o cuadros mixtos como el embarazo heterotópico, incluso en gestaciones espontáneas. Al respecto, la frecuencia de embarazo heterotópico alcanza un 1:2.600 a 1:1.800 en la población general, en población con

reproducción asistida el riesgo es mayor. A continuación, se presenta el caso clínico del proceso diagnóstico de un embarazo heterotópico espontaneo complicado por sintomatología urinaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 20 años, primigesta de 8+5 semanas, consultó por dolor abdominal intenso, mal caracterizado asociado a náuseas y síntomas urinarios. Ecografía obstétrica previa confirmaba embarazo intrauterino viable. Presentó múltiples consultas en servicio de urgencia rural donde mantenía parámetros inflamatorios bajos e imagenología normal. Tras evolución tortuosa a analgesia y al manejo de infección urinaria, se decidió traslado a hospital de referencia donde persistió dolor refractario, hipotensión y decaimiento progresivo. Finalmente, se decidió hospitalización y laparotomía exploratoria, encontrándose 2000 cc. de hemoperitoneo con masa sangrante en trompa derecha, compatible con embarazo ectópico roto. Se realizó salpingectomía derecha, con conservación de útero y ovario. El embrión intrauterino se mantuvo viable.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El embarazo heterotópico espontáneo es una condición infrecuente, pero potencialmente mortal, cuya sospecha puede pasar inadvertida ante confirmación de gestación intrauterina. Este caso resalta la necesidad de una reevaluación continua del diagnóstico diferencial, incluso en escenarios con recursos limitados. Asimismo, refuerza el valor de la importancia de ecografía del primer trimestre y la necesidad de evaluar toda la anatomía y no centrarse en el embrión. Su presentación contribuye al conocimiento clínico al destacar una patología poco frecuente pero crítica en el primer trimestre.
PALABRAS CLAVE	Dolor Abdominal, Embarazo Heterotópico, Hemoperitoneo, Primer Trimestre, Salpingectomía
TÍTULO DEL TRABAJO	ENFERMEDAD DE KIENBÔCK CON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE SALVATAJE, LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Traumatología)
AUTOR	Quiroga Ferreira Felipe (1)
CO-AUTORES	Saavedra Opazo Joaquín (2), Ramírez Flores Javiera (3), Ramírez Flores Benjamín (4)
AFILIACIÓN	(1) Medico General de Zona, Hospital de Huépil, Tucapel (2) Medico General de Zona, Cesfam Ñipas, Ránquil

- (3) Medico General de Zona, Hospital de Huépil, Tucapel
 (4) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción

INTRODUCCIÓN	La enfermedad de Kienbock es una necrosis avascular del hueso semilunar del carpo, más común en hombres jóvenes de 20 a 25 años, especialmente aquellos que realizan trabajos manuales pesados. La causa exacta de esta condición no está clara, y su principal síntoma es un dolor progresivo en la muñeca, junto con leve inflamación. Si no se trata, puede resultar en el colapso del hueso semilunar y degeneración de la articulación del carpo.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta el caso de una mujer de 37 años, sin antecedentes médicos relevantes, que sufrió dolor en la muñeca izquierda durante cinco años, relacionado con su trabajo en una panadería. A pesar de recibir tratamiento sintomático y radiografías sin alteraciones iniciales, su condición empeoró, limitando su rango de movimiento y causando dolor en los tendones extensores. Tras solicitar una tomografía axial computarizada, se diagnosticó enfermedad de Kienbock en etapa 3, caracterizada por la fragmentación y colapso del carpo. Se programó una carpectomía de línea proximal, que implicó la resección de huesos afectados asegurando su congruencia y así la estabilización de la articulación. Seis meses después de la cirugía, la paciente, tras sesiones de kinesioterapia y terapia ocupacional, recuperó casi por completo el rango de movimiento de la muñeca y sin dolor, permitiéndole retomar sus actividades diarias.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Y la enfermedad de Kienbock destaca la importancia de la sospecha diagnóstica temprana, dado que los síntomas suelen ser sutiles hasta etapas avanzadas. Se recomienda iniciar con una radiografía y, en casos sospechosos, realizar una resonancia magnética para un diagnóstico precoz. Esto es crucial para evitar intervenciones quirúrgicas invasivas como la carpectomía proximal, que, aunque paliativa, puede limitar la función articular. Sin embargo, si se realiza correctamente, puede mejorar la movilidad y reducir el dolor, permitiendo al paciente retomar sus actividades diarias con una calidad de vida adecuada.
PALABRAS CLAVE	Carpo, Necrosis, Hueso Semilunar
TÍTULO DEL TRABAJO	ENFISEMA ORBITARIO SECUNDARIO A FRACTURA DE LÁMINA PAPIRÁCEA TRAS TRAUMA NASAL EN ADULTO JOVEN:
CLASE	Caso clínico

CATEGORÍA	h) Especialidades (oftalmología)
AUTOR	González Oppliger, Diego Ignacio (1)
CO-AUTORES	Faez Costa, Rocío Ignacia (2), Alfaro Castillo, Cristian Enrique (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Barros Luco, San Miguel, Santiago. (2) Médica General de Zona, CESFAM San Joaquín, San Joaquín, Santiago. (3) Médico General de Zona, CESFAM Barros Luco, San Miguel, Santiago.
INTRODUCCIÓN	El enfisema orbitario subcutáneo se caracteriza por la presencia de aire en el espacio orbitario, originado generalmente por fracturas en la región nasal o maxilar, lo que puede generar confusión con infecciones u otras urgencias oftalmológicas. Es una patología poco frecuente, generalmente asociada a traumatismos faciales evidentes, pero que puede presentar cuadros atípicos. Un diagnóstico oportuno es crucial para evitar complicaciones graves, como pérdida de visión o infecciones secundarias. Este caso resalta la importancia de la evaluación clínica asociada al uso de imágenes, incluso ante traumatismos aparentemente leves.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 27 años, previamente sano, consulta por aumento de volumen palpebral izquierdo tras realizar la maniobra de Valsalva al sonarse la nariz. Refirió haber entrenado artes marciales el día anterior, no refiere un trauma directo y no presentó síntomas inmediatos. Al examen físico, se observó edema periorbitario izquierdo con crépitos subcutáneos a la compresión, escleras normales, oculomotilidad conservada y ausencia de signos de infección. No presentó fiebre, secreción, dolor ocular, alteración visual ni síntomas neurológicos. Se solicitó radiografía orbitaria, que mostró una imagen radiolúcida compatible con enfisema, y tomografía computada que evidenció fractura de lámina papirácea izquierda con herniación de grasa orbitaria. El diagnóstico fue confirmado, y el paciente fue manejado de forma conservadora con antiinflamatorios y control ambulatorio, sin requerir cirugía.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El enfisema orbitario por fractura de órbita suele asociarse a traumatismos faciales evidentes, sin embargo, en este caso, el trauma nasal pasó desapercibido por el paciente. La tomografía computada resultó esencial para confirmar la fractura y evaluar la extensión de la lesión, lo que permitió optar por un manejo conservador adecuado. Este caso subraya la relevancia del estudio imagenológico oportuno, ya que muchas veces las lesiones orbitarias pueden pasar desapercibidas, especialmente en pacientes con traumatismos leves,

reforzando la necesidad del uso apropiado de imágenes para un diagnóstico certero.

PALABRAS CLAVE	Enfermedades orbitarias, Enfisema subcutáneo, Fracturas orbitales
TÍTULO DEL TRABAJO	ENGROSAMIENTO VESICAL COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN PACIENTE CON DERRAME PERICÁRDICO RECURRENTE DE ETIOLOGÍA INICIAL DESCONOCIDA:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina interna
AUTOR	Jarufe Gayoso Catalina (1)
CO-AUTORES	Jarufe Gayoso Amanda (2) Soto Perich Ivo (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF Cesfam Dr Alberto Reyes, Tome. (2) Interno Medicina Universidad San Sebastián sede Patagonia, Puerto Montt.
INTRODUCCIÓN	El derrame pericárdico recurrente en adultos mayores con comorbilidades constituye un desafío diagnóstico. Aunque las causas más frecuentes incluyen procesos infecciosos, inflamatorios o insuficiencia cardíaca, no debe descartarse una etiología neoplásica, especialmente con estudios iniciales sin un origen claro. En este contexto, el hallazgo de un engrosamiento vesical puede orientar hacia una neoplasia urotelial no sospechada clínicamente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino 85 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, fibrilación auricular y gota. Consulta en urgencias por disnea de mínimos esfuerzos. Al ecocardiograma transtorácico se pesquisa derrame pericárdico severo, requiriendo drenaje en dos ocasiones de más de un litro. Su citología descartó patología infecciosa, e inflamatoria, iniciando estudio paraneoplásico con tomografía de cuerpo completo y endoscopias, que informan leve engrosamiento de la pared vesical. Se realiza cistoscopia pesquisando lesión sospechosa, que finalmente es biopsiada.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La neoplasia vesical generalmente es diagnosticada tras la aparición de hematuria. Sin embargo, su manifestación como síndrome paraneoplásico, incluyendo derrame pericárdico maligno, igual se ha reportado en cierta literatura. Este caso destaca la importancia de considerar causas oncológicas como posible diagnóstico diferencial

ante probable síndrome paraneoplásico. procedimientos endoscópicos, lo que permitió identificar una lesión vesical sospechosa y proceder con biopsia dirigida. Este enfoque sistemático demuestra el valor del estudio paraneoplásico ante un diagnóstico incierto, incluso ante hallazgos atípicos. Pese a que no se dispone del resultado histopatológico, el hallazgo refuerza la utilidad de la cistoscopia y la importancia del estudio sistemático ante cuadros poco claros. Se recomienda incluir la evaluación urológica en protocolos paraneoplásicos amplios, especialmente en pacientes mayores con factores de riesgo. Este caso aporta al conocimiento médico al documentar una presentación clínica poco habitual de probable neoplasia vesical, destacando la relevancia de los hallazgos incidentales y del abordaje multidisciplinario en la detección precoz de cáncer.

PALABRAS CLAVE	Cistoscopia, Derrame Pericárdico, Neoplasia.
TÍTULO DEL TRABAJO	EPILEPSIA VISUAL OCCIPITAL DE LA INFANCIA, PRESENTACIÓN DE UN CASO EN EDAD ESCOLAR:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	g) Neurología
AUTOR	Alvarez León Sebastián (1)
CO-AUTORES	Araneda Rosello Gabriel (2), Villagra Iturriaga Paula (3)
AFILIACIÓN	(1)Medico General de Zona, CESFAM Carol Urzua, San Bernardo (2)Medico General de Zona, CESFAM Carol Urzua, San Bernardo (3)Medico General de Zona, CESFAM Carol Urzua, San Bernardo
INTRODUCCIÓN	La epilepsia es un trastorno neurológico crónico caracterizado por la predisposición del cerebro a generar crisis epilépticas recurrentes. La Epilepsia visual occipital de la infancia (COVE), representa el 4% de todas las epilepsias benignas y el 0,38% del total de las epilepsias en edad pediátrica. Inicia habitualmente a los 8 años, pudiendo darse entre los 3 a 16 años, se caracteriza por presentar alucinaciones visuales, alteración de conciencia y cefalea post ictal. Tienen una evolución favorable y suelen remitir espontáneamente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 10 años, sano, acude a servicio de urgencia (SU) en octubre de 2023 por presentar en casa episodio de fotopsias, perdida de conciencia asociado a cefalea posterior (no visualizado por padres), se hospitaliza y se estudia con

electroencefalograma (EEG) el cual resulta normal, se da de alta con diagnóstico de epilepsia sin tratamiento. Re consulta en marzo 2024 en consultorio por presentar el día previo 3 episodios similares en colegio, refiere ver fotopsias, perder conciencia, y despertar con cefalea, padres refieren profesora reporta crisis de duración de segundos y asociación a movimientos clónicos en hemicuerpo superior izquierdo, al examen físico neurológico sin focalidad. Ante estos eventos se deriva a SU, donde es hospitalizado, se realiza nuevo estudio de EEG que mostro paroxismos de espiga-onda de localización occipital concordante con COVE, se diagnostica epilepsia tipo COVE e inician tratamiento con levetiracetam con buena respuesta clínica, siendo dado de alta con indicación de mantener controles con neurología infantil.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Es importante reconocer este tipo de epilepsia, dentro el amplio espectro de las epilepsias en la infancia. Si bien es un síndrome poco común, se conocen sus características clínicas y electroencefalográficas, que al conocerlas permite un diagnóstico certero y oportuno. En el caso clínico el paciente cumplía con las características clásicas clínicas y electroencefalográficas, motivo por el cual se presentó.
PALABRAS CLAVE	Epilepsia, Epilepsia focal, Epilepsia focal visual, Epilepsia infantil, Electroencefalograma.
TÍTULO DEL TRABAJO	“ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA: PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA TEMPRANA”:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	G) Neurología
AUTOR	Chacana Bugueño Constanza(1)
CO-AUTORES	Concha Parra Bruno (1), Díaz Pereira Tomás (1), Pérez Miranda Cristian (1).
TUTOR	Cataldo González Edgard (2)
AFILIACIÓN	(1): Estudiante de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile, Universidad de Chile, Santiago, Chile. (2): Médico Becado, Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN	Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa que afecta neuronas motoras superiores e inferiores, con mayor incidencia en edades avanzadas y sin tratamiento efectivo. Presenta heterogeneidad fenotípica, siendo más comunes los inicios cervical y lumbar, mientras que los inicios hemipléjicos en brazo, pierna, sistema respiratorio y la propagación no contigua, son menos frecuentes.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 69 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, consulta por paresia leve y progresiva de extremidad inferior derecha de 1 año y 7 meses de evolución. Hace 6 meses refiere disnea insidiosa, no relacionada al esfuerzo, que progresa a disnea grado 3 según la escala modificada del Medical Research Council (MRC), además de ortopnea, bendopnea y disfonía, asociadas a astenia y fatiga muscular; niega disartria y disfagia. Ingresa a urgencia el 22 de octubre por insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica, encontrándose lúcido, hipertenso, taquipneico y normocárdico. El examen físico muestra fuerza M3, según la escala MRC, en los músculos dorsiflexor y flexor plantar; tono muscular, reflejos osteotendíneos y sensibilidad conservados; sin fasciculaciones, calambres ni clonus. Laboratorio descarta mimetizadores de ELA. La ecografía diafragmática revela parálisis diafragmática bilateral, tomografía computarizada medular y de cerebro sin hallazgos, y electromiografía evidencia denervación activa de 2 segmentos medulares (lumbosacro y braquial derechos) compatible con compromiso de motoneurona inferior en evolución.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	ELA es una enfermedad patología poco frecuente, con incidencia anual de 1 a 3 cada 100.000 personas, donde la insuficiencia respiratoria es una complicación frecuente en fases avanzadas, sin embargo, es sumamente rara como una de las primeras manifestaciones de ELA, siendo a menudo mal diagnosticada. Debido a esto, se debe considerar como diagnóstico diferencial en pacientes que presenten insuficiencia respiratoria sin otra explicación, con derivación oportuna a neurología, en especial cuando es acompañada de disartria, disfonía y debilidad en extremidades inferiores, como este caso.
PALABRAS CLAVE	Esclerosis Amiotrófica Lateral, Enfermedad de la Neurona Motora, Parálisis Diafragmática.
TÍTULO DEL TRABAJO	ESCLEROSIS SISTÉMICA CUTÁNEA LIMITADA EN PACIENTE PEDIÁTRICA, REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA	C) Pediatría y Cirugía Infantil
AUTOR	Cárcamo Lagos Eduardo (1)
CO-AUTORES	Rojas Betti Fernando (1), Cárcamo Lagos Ignacio (1)
AFILIACIÓN	(1)Médico General de Zona, Hospital Dr. Marco Chamorro Iglesias de Porvenir
INTRODUCCIÓN	La esclerosis sistémica cutánea (ESc) corresponde a una enfermedad sistémica autoinmune asociada a fibrosis cutánea y vasculopatía, de etiología desconocida y poco frecuente en pediatría. El diagnóstico temprano corresponde a un desafío dado la gran variabilidad en su presentación y requerimiento de manejo multidisciplinario.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Escolar de 10 años de sexo femenino, con antecedente de fisura palatina, consulta en atención primaria de salud (APS) por “rigidez de manos” de 2 años de evolución, evidenciándose esclerodactilia al examen físico. A la anamnesis dirigida, niega otra sintomatología reumatológica o respiratoria. Se realizó perfil autoinmune (anticuerpos antinucleares, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos, perfil antígeno nuclear extraíble, inmunoglobulinas, virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis B, hepatitis C) que resultó negativo. Fue evaluada en nivel secundario, donde en estudio conjunto de reumatología y dermatología se describe esclerosis cutánea distal en extremidades superiores con capiloroscopía con vasos en horquillas. Resto del estudio de compromiso sistémico, entre ellos tomografía computada de tórax de alta resolución, espirometría, prueba de difusión de monóxido de carbono, ecocardiografía y panel de miositis, sin alteraciones, diagnosticándose finalmente esclerosis sistémica cutánea limitada e iniciándose tratamiento inmunosupresor con micofenolato.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El diagnóstico de ESc en pediatría requiere de un alto índice de sospecha, el cual en esta oportunidad se enfrentó inicialmente en APS, así como una evaluación exhaustiva para el descarte de complicaciones sistémicas. En el caso descrito, solo las manifestaciones cutáneas orientaron al diagnóstico, con serología negativa, debiendo intervenir múltiples especialidades como pediatría, reumatología, dermatología y broncopulmonar.
PALABRAS CLAVE	Enfermedades autoinmunes, Esclerodermia sistémica, Pediatría

TÍTULO DEL TRABAJO	ESPIROADENOMA ECRINO COMO HALLAZGO EN BIOPSIA DE CIRUGÍA MENOR, A PROPÓSITO DE UN CASO:			
CLASE	Caso clínico (cc)			
CATEGORÍA	Especialidades: Dermatología			
AUTOR	Navarro Sáez Isidora (1),			
CO-AUTORES	Gomez Bezama Sáez Garrido María José (3)	Pereira Gattas	David Felipe	(1), (2),
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Juan Cartes Arias, Lota. (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Sergio Lagos Olave, Lota. (3) Médico General, CESFAM O'higgins, Concepción.			
INTRODUCCIÓN	Los espiroadenoma ecrinos son tumores benignos raros derivados de la porción inferior del ducto de las glándulas sudoríparas ecrinas, que suelen aparecer en la cabeza, en el cuello, en el tronco y con menos frecuencia en las extremidades. Se presenta en la 2° a 4° década de la vida, sin predominio de género y su manifestación clínica más llamativa es la presencia de dolor a la palpación. Su diagnóstico puede ser complejo debido a su similitud con otros tumores cutáneos.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 53 años, con antecedentes de anemia ferropénica, hernia hiatal, mioma intramural y gonartrosis. Consultó por presentar en región dorsal una lesión eritematosa solevantada, pediculada de base ancha, con dolor a la palpación y ocasionalmente pruriginosa. Refirió que hace 10 años se la retiraron, sin embargo volvió a crecer. Fue derivada a cirugía menor por sospecha de hemangioma versus nevo angiomatoso, se realizó exéresis total de la lesión y se envió a biopsia, previa a firma de consentimiento informado. El informe anatomopatológico describe "Neoplasia de anexos cutáneos compatible con espiroadenoma ecrino. Presencia de neoplasia en borde de resección: positiva". Se evalúa en control y se evidencia cicatrización adecuada sin complicaciones locales, quedando con seguimiento.			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Los tejidos retirados en cirugía menor, al igual que en una cirugía tradicional, debieran ser siempre enviados a biopsia, con tal de establecer de manera exacta el diagnóstico. Tal como se presentó en el caso, la sospecha inicial era de un hemangioma, sin embargo el diagnóstico anatomopatológico final fue diferente. En lo anterior recae			

la relevancia de la biopsia, para realizar un diagnóstico definitivo y tomar de decisiones terapéuticas adecuadas.

PALABRAS CLAVE	Biopsia, Neoplasias, Diagnóstico Diferencial
TÍTULO DEL TRABAJO	ESTATUS CONVULSIVO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR TRAMADOL EN UNA LACTANTE DE 4 MESES:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía Infantil
AUTOR	González Born Daniel (1)
CO-AUTORES	Silva Cuello Symón (1), Koryzma Hermosilla Martina (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Dr. Augusto Essmann Burgos, Puerto Natales (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Juan Lozic Pérez, Puerto Natales.
INTRODUCCIÓN	El tramadol es tóxico a cualquier dosis en menores de 2 años. En ellos puede provocar depresión del estado mental, depresión respiratoria, bradicardia, hipotensión, miosis, entre otras. En niños la ingesta suele ser accidental por exploración del entorno, pero hay casos de administración maliciosa por parte de sus cuidadores, habitualmente con resultados fatales.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta el caso de una lactante de 4 meses, llevada a urgencias por su madre al ser encontrada 15 minutos antes con rigidez generalizada y dificultad respiratoria. Al examen físico presentaba palidez, movimientos tónicos y rigidez, siendo compatible con un estatus convulsivo. Se manejó con diazepam, cediendo convulsión. Se mantuvo comprometida de conciencia y evolucionó con depresión ventilatoria, presentando respiración abdominal, desaturación y requiriendo ventilación a presión positiva. Se interrogó a familiares: abuela 6 horas antes del evento le administró 5 gotas de tramadol 100mg/mL para manejo de irritabilidad. Se sospechó intoxicación con tramadol y se administró naloxona 0,1mg/Kg. Presentó respuesta inmediata con llanto fuerte, apertura ocular, recuperación de tono y movilidad, patrón ventilatorio normal sin necesidad de apoyo ventilatorio y sin focalidad neurológica. Exámenes de laboratorio normales. Se trasladó a unidad de paciente crítico donde evolucionó favorablemente. Se estudió con EEG con resultado normal. Neurología infantil confirmó la intoxicación por tramadol como causa del estatus convulsivo. Tras

evaluación por trabajador social, se determinó el alta bajo vigilancia socio-familiar. Se firmó consentimiento informado para la presentación del caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La intoxicación por tramadol es un cuadro infrecuente en pacientes pediátricos. Ante la sospecha, el manejo debe ser rápido con naloxona, su antagonista, la cual puede revertir rápidamente los efectos y confirmar el diagnóstico. Además del manejo médico, es fundamental evaluar las condicionantes socio-familiares que desencadenaron el cuadro.
PALABRAS CLAVE	Estado Epiléptico, Insuficiencia Respiratoria, Naloxona, Sobredosis de Opiáceos, Tramadol
TÍTULO DEL TRABAJO	EVISCERACIÓN TRANSANAL ESPONTÁNEA DE INTESTINO DELGADO POR VÍA RECTAL LATERAL:
CLASE	CASO CLÍNICO
CATEGORÍA	d) CIRUGÍA
AUTOR	Moreno Hernández Monserrat (1)
CO-AUTORES	Pérez Vergara Paulina (2), Palavecino Morales Catalina (2), Jara Fernández Nicolás (2).
AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano, EDF CESFAM Violeta Parra, Chillán. (2) Interna de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán.
INTRODUCCIÓN	El primer caso de evisceración transanal de intestino delgado, secundaria a perforación rectal, fue descrito en 1827, y se han descrito menos de 100 casos. La perforación rectal es más comúnmente secundaria a traumatismos, isquemia o neoplasia. Las perforaciones rectales espontáneas son poco frecuentes, en la mayoría de los casos está presente el prolapso rectal crónico (PRC) y la perforación se ha producido en la pared rectal anterior.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 80 años, con antecedente de PRC. Consultó en Urgencias por prolapso rectal posterior a esfuerzo defecatorio. Al examen físico se evidenció salida de asas de intestino delgado a través del orificio anal, sin signos de estrangulación. Se encontraba estable, con signos vitales y exámenes de laboratorio normales. Al reducirse el contenido intestinal en pabellón se evidenció un orificio de 3 centímetros en cara lateral derecha del recto que se suturó. Tenía dos intervenciones quirúrgicas previas para el manejo del PRC;

una rectopexia ventral y una cirugía de prolapso rectal Altemeier. En esta última se evidenciaron restos de malla de rectopexia ventral adherida al recto en su pared lateral derecha. Por la coincidencia anatómica, impresionó que esta malla produjo la perforación rectal. La paciente no se consideró candidata a una nueva cirugía para la corrección del prolapso rectal por ya haber sido intervenida por vía perineal y abdominal. Evolucionó favorablemente, logrando deposiciones durante la hospitalización y sin dehiscencia de sutura, dándose de alta una semana después del ingreso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Existe la hipótesis de que el PRC produce un adelgazamiento de la pared rectal, lo que progresa en una úlcera rectal solitaria en la pared rectal anterior y luego a una perforación rectal anterior. Es importante considerar otros factores asociados, como los antecedentes quirúrgicos, los que pueden determinar la causa de la perforación y a su vez limitar las alternativas quirúrgicas disponibles.
PALABRAS CLAVE	Evisceración, Evisceración intestinal, Perforación rectal, Prolapso rectal.
TÍTULO DEL TRABAJO	EVOLUCIÓN ATÍPICA DE TETRAPARESIA PROGRESIVA: REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	g) Neurología
AUTOR	Bendek Venegas Carolina (1)
CO-AUTORES	Hidalgo Alvarado Brayan (2) Crespo Mendoza María (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, CESFAM Cunaco, Nancagua (2) Médico EDF, CESFAM Dalcahue, Dalcahue (3) Médico cirujano, CESFAM Lo Franco, Santiago
INTRODUCCIÓN	Las polineuropatías desmielinizantes inflamatorias periféricas, como el síndrome de Guillain-Barré (SGB) y la polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP), pueden compartir manifestaciones clínicas iniciales, dificultando su diferenciación temprana. Ambas se caracterizan por debilidad progresiva, arreflexia y alteraciones de sensibilidad, pero difieren en su evolución y tratamiento. En el contexto de Atención Primaria de Salud (APS), donde los recursos son limitados, la evaluación clínica minuciosa y la sospecha activa son esenciales para evitar demoras terapéuticas. Este

caso evidencia los desafíos diagnósticos frente a un cuadro neurológico atípico y subagudo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 44 años, sin antecedentes médicos, consultó por coxalgia bilateral, evolucionando en 12 días con edema, parestesias y debilidad progresiva de las cuatro extremidades. Fue ingresada a la Unidad de Tratamientos Intermedios (UTI) por sospecha de síndrome de Guillain-Barré (SGB) y síndrome nefrótico. Fue evaluada por neurología, que descartó inicialmente SGB por clínica larvada y atípica, sospechándose un trastorno conversivo. Fue trasladada a sala básica, con posterior punción lumbar (PL), que mostró disociación albúmino-citológica; y en paralelo, se confirmó proteinuria de 10 g en 24 horas. Reingresó a UTI con diagnóstico de SGB y síndrome nefrótico, recibió inmunoglobulina endovenosa por 5 días, con buena respuesta clínica. Posteriormente, cursó con recaída motora, iniciándose tratamiento con corticoides, Azatioprina y plasmaféresis. Neurología concluyó diagnóstico de CIDP de inicio agudo por comienzo del cuadro, ausencia de compromiso ventilatorio, recaída clínica y asociación con síndrome nefrótico. Evolucionó clínicamente estable. Se obtuvo consentimiento informado para publicación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este caso ilustra cómo una presentación neurológica atípica puede llevar a un diagnóstico funcional erróneo, retrasando el correcto manejo. El curso subagudo, la ausencia de insuficiencia respiratoria y la asociación con síndrome nefrótico orientaron hacia una probable CIDP. El juicio clínico continuo es esencial para evitar sesgos diagnósticos y optimizar el abordaje oportuno desde APS.

PALABRAS CLAVE

Inmunoglobulina, Polineuropatía, Proteinuria

TÍTULO DEL TRABAJO

DEL Electrocardiograma de riesgo en el paciente asintomático. Síndrome de Wellens Tipo B, Reporte de un caso:

CLASE

B) MEDICINA INTERNA

CATEGORÍA

Caso clínico (cc)

AUTOR

JAVIER ARCOS MORAGA (1)

CO-AUTORES

ANDRES POLIT MUÑOZ (1), MARÍA VALENTINA ALESSANDRI AMENÁBAR(1)

AFILIACIÓN

Médico General de Zona, Hospital de Parral, Región del Maule

INTRODUCCIÓN	El síndrome de Wellens es un patrón electrocardiográfico descrito en 1982, indicativo de estenosis crítica proximal de la arteria descendente anterior (ADA) con alto riesgo de progresar a un extenso infarto miocardio de pared anterior si no es tratado. Este se caracteriza por T bifásicas (patrón A) o profundamente invertidas (patrón B) en derivadas V2 - V3, asociado a historia de dolor torácico resuelto. La prevalencia de este síndrome es de 5.7% entre los pacientes cursando síndrome coronario. El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente asintomática con síndrome de Wellens tipo B identificado precozmente, recibiendo un tratamiento oportuno con un outcome favorable.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 69 años, con antecedentes de hipertensión e hipotiroidismo, es derivada a la unidad de emergencias hospitalaria (UEH) desde atención primaria por electrocardiograma (ECG) de control alterado, que relata cuadros ocasionales de 2 semanas de dolor torácico opresivo leve, sin otros síntomas asociados. Al momento de consulta, paciente asintomática, sin dolor de pecho. ECG destaca ondas T invertidas de forma difusa de V2 a V6, I y aVL, patrón compatible con Wellens Tipo B. Se solicitan troponinas, resultando de valor normal. Se hospitaliza por ECG de alto riesgo para coronariografía oportuna. Tras 5 días, se realiza estudio angiográfico, describiéndose estenosis crítica de 99% en tercio medio de ADA, realizándose angioplastia con stent medicado. La paciente es dada de alta al día siguiente, sin complicaciones.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El síndrome de Wellens está descrito dentro de los patrones de alto riesgo de ECG cuya presentación no cumple criterios de infarto con supradesnivel del ST, sin embargo puede asociarse a una morbilidad equivalente. El caso presentado evidencia que la identificación precoz de estos patrones, incluso en controles de atención primaria, puede llevar al manejo coronariográfico precoz y outcomes favorables para los pacientes.
PALABRAS CLAVE	Angina, Electrocardiografía, Síndrome Coronario Agudo.
TÍTULO DEL TRABAJO	UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO, HEMORRAGIA CEREBRAL INTRAPARENQUIMATOSA ESPONTÁNEA EN PACIENTE JOVEN:
CLASE	h) Especialidades: Urgencias
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Bascuñán Vallejos Juan Pablo (1)

CO-AUTORES	Reid Beros Alvaro (1), Villarroel Leal Francisco (1)
AFILIACIÓN	(1)Médico general de zona, Hospital Santa Barbara, Santa Barbara
INTRODUCCIÓN	La hemorragia cerebral intraparenquimatosa en adultos jóvenes es una condición rara que generalmente se asocia con factores como traumatismos o malformaciones vasculares. Sin embargo, en algunos casos, la hemorragia puede ocurrir de manera espontánea, lo que representa un desafío diagnóstico. Este caso describe una paciente joven con una hemorragia cerebral intraparenquimatosa en el lóbulo parietal, sin antecedentes de enfermedades crónicas ni traumatismos previos.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 24 años con antecedentes de cefalea crónica que acudió a urgencias debido a un aumento en la intensidad del dolor en los últimos 4 días, acompañado de lenguaje incoherente. No presentaba antecedentes de enfermedades crónicas ni historia de traumatismos. Tras una evaluación inicial, se realizó un angiotac cerebral, que reveló una hemorragia cerebral intraparenquimatosa en el lóbulo parietal izquierdo. No se encontraron malformaciones arteriovenosas, aneurismas rotos ni otras anomalías vasculares. La paciente fue trasladada a un centro de mayor complejidad y admitida en la unidad de cuidados intensivos (UCI) neurológica para observación. Durante su estancia hospitalaria, se mantuvo bajo monitoreo y se realizaron estudios de seguimiento. A lo largo de las semanas, el hematoma se reabsorbió de manera espontánea, sin la necesidad de intervención quirúrgica. La paciente no presentó complicaciones adicionales y evolucionó favorablemente, siendo dada de alta tras dos semanas de observación.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso resalta la posibilidad de hemorragias cerebrales intraparenquimatosas espontáneas en jóvenes sin factores predisponentes claros. El reto diagnóstico radica en diferenciar estas hemorragias de otras causas comunes de cefalea. Para mejorar la sospecha diagnóstica, se recomienda realizar una evaluación neurológica completa y utilizar imágenes como angiotac cerebral o RM para detectar hemorragias y descartar otras condiciones. Además, en ciertos estudios se define monitoreo estrecho en UCI, ya que algunos casos se resuelven espontáneamente sin intervención quirúrgica. Identificar factores predisponentes potenciales también es esencial para un diagnóstico más completo
PALABRAS CLAVE	Hemorragias intracraneales, Neurología, Urgencias médicas

TÍTULO DEL TRABAJO	ENCEFALITIS POR VIRUS EPSTEIN-BARR y VARICELA ZOSTER: REPORTE DE CASO
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	g) Neurología
AUTOR	Triviño Borja Florencia (1)
CO-AUTORES	Cárdenas Bahamonde Javiera (1), Oyarzun Alvarado Fernanda (1), Tapia Garrido Sebastián (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General, CESFAM de Quellón, Quellón.
INTRODUCCIÓN	La encefalitis aguda, una inflamación del sistema nervioso central causada principalmente por virus herpes simplex 1 y 2, presenta una sintomatología clínica variable que abarca cefalea, fiebre, náuseas, vómitos, alteración de la conciencia, síndrome cerebeloso y subdiagnosticada, afecta principalmente a niños, ancianos e individuos inmunodeprimidos.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 32 años, sin antecedentes, consultó en atención primaria por cuadro de 2 días de evolución de cefalea occipitocervical intensa, fiebre (40.1°) y dolor lumbar. Al examen físico no se evidenciaron signos meníngeos ni alteraciones neurológicas. Se derivó al servicio de urgencias por sospecha de meningitis en donde se realizó punción lumbar (PL) la cual resultó no concluyente para meningitis y no se mostró alteración de parámetros inflamatorios. Fue dado de alta con diagnóstico de infección respiratoria alta, Cuando reconsultó al día siguiente por persistencia de síntomas, se realizó nueva PL que confirmó encefalitis por virus epstein-Barr (VEB) y varicela zoster (VVZ). La tomografía cerebral no detectó alteraciones. Recibió tratamiento con aciclovir endovenoso por 14 días presentando buena evolución y como único síntoma leves alteraciones de memoria.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La encefalitis viral por VEB y VVZ presenta un desafío diagnóstico en adultos inmunocompetentes debido a su presentación inespecífica y la escasa alteración de parámetros inflamatorios, además de la baja sensibilidad del aislamiento viral en el LCR. Una alta sospecha clínica es vital para un diagnóstico y tratamiento oportunos, cruciales para minimizar la letalidad y las secuelas neurológicas.
PALABRAS CLAVE	Encefalitis, Epstein-Barr, Varicela Zoster

TÍTULO DEL TRABAJO	ENCEFALITIS INMUNOMEDIADA SERONEGATIVA:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Olguín Aravena Cristóbal (1)
CO-AUTORES	Limidoro Pérez Benjamin (1), Osorio Ponce Camila (2), Pizarro Cataldo Karina (2).
AFILIACIÓN	(1) Médico General De Zona, CESFAM Quebrada Verde, Valparaíso. (2) Interna Medicina U. de Valparaíso, Valparaíso.
INTRODUCCIÓN	La encefalitis inmunomediada seronegativa es una entidad neurológica autoinmune, de presentación clínica heterogénea, que incluye síntomas psiquiátricos, crisis epilépticas, deterioro cognitivo y trastornos motores. Su diagnóstico, especialmente en ausencia de marcadores serológicos, representa un desafío clínico, requiriendo un enfoque integral y multidisciplinario. Este caso destaca la complejidad del manejo en una paciente con múltiples comorbilidades y limitada accesibilidad a salud especializada.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 89 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo, dislipidemia y artrosis. En 2022 presentó alteración del sensorio, crisis convulsivas y trastorno progresivo de la marcha. Fue hospitalizada con diagnóstico presuntivo de encefalitis inmunomediada seronegativa, con sospecha de origen paraneoplásico. Se inició tratamiento con inmunosupresores, anticonvulsivantes y anticoagulación por tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda bilateral. Tras el alta, evolucionó con deterioro funcional severo y diagnóstico de demencia secundaria a encefalitis autoinmune, con dependencia total para actividades básicas. Las limitaciones socioeconómicas dificultaron el acceso a atención secundaria, manteniéndose el seguimiento desde atención primaria. Se suspendieron inmunosupresores tras estabilización clínica, continuando controles regulares en CESFAM.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La encefalitis inmunomediada seronegativa requiere alta sospecha clínica para su identificación oportuna, aun sin marcadores serológicos. En este caso, el diagnóstico precoz y el inicio de tratamiento inmunomodulador permitieron controlar la progresión de la enfermedad. La coordinación entre niveles asistenciales, particularmente el rol de la atención primaria, fue clave para el

seguimiento integral, manejo de comorbilidades y apoyo funcional prolongado en un contexto de alta vulnerabilidad social. Se destaca la importancia de desarrollar estrategias comunitarias para el seguimiento de patologías neurológicas complejas desde el primer nivel de atención.

PALABRAS CLAVE	Atención primaria de Salud, Disfunción Cognitiva, Encefalitis Autoinmune.
TÍTULO DEL TRABAJO	ENFERMEDAD DE SCHEUERMANN EN HOMBRE ADULTO: EVOLUCIÓN CLÍNICA TARDÍA Y MANEJO CONSERVADOR:
CLASE	CASO CLÍNICO. (CC)
CATEGORÍA	H) ESPECIALIDADES: TRAUMATOLOGÍA.
AUTOR	Bravo García David (1)
CO-AUTORES	Yáñez Lillo Javiera (1), Correa Muñoz Loreto (1), Mendoza Ulloa Joaquín (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM San Fabian, San Fabián de Alico. (2) Médico Cirujano, CESFAM San Fabian, San Fabián de Alico.
INTRODUCCIÓN	La enfermedad de Scheuermann (ES), es una condición caracterizada por una curvatura excesiva de las vértebras y discos intervertebrales, con acunamiento mayor a 5 grados o cifosis torácica superior a 45 grados. En Chile, su prevalencia alcanza a aproximadamente el 1% en adolescentes.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta el caso de un paciente masculino de 41 años, con antecedentes de asma y ectopias supraventriculares, quien experimenta dolor dorsal desde la adolescencia, asociado a cifosis progresiva. En 2006, una radiografía de columna dorsal evidenció dorso curvo compatible con secuelas de ES en los niveles D7-D10. Posteriormente, en 2016, una resonancia magnética reveló cifosis en decúbito con acunamiento anterior leve en T8, T9 y T10, entre otros hallazgos. Ante esto, se descartó manejo quirúrgico y se optó por tratamiento conservador enfocado en el control del dolor y terapia kinésica continua.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La ES es una enfermedad poco frecuente, cuyo diagnóstico requiere una adecuada anamnesis, examen físico y evaluación radiológica. El tratamiento dependerá del grado de cifosis y del momento del diagnóstico, ya que una detección precoz puede mejorar el pronóstico.

Este caso destaca la importancia de reconocer la ES incluso en adultos, para ofrecer un manejo ortopédico y terapéutico adecuado desde la atención primaria.

PALABRAS CLAVE	Cifosis, Enfermedad de Scheuermann, Curvatura espinal.
TÍTULO DEL TRABAJO	ENFERMEDAD DE HUNTINGTON, REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC).
CATEGORÍA	g) Neurología.
AUTOR	Riquelme Medina Álvaro (1).
CO-AUTORES	Mariman Catrileo Kidel (1), Durán Orellana Jocelyn (1).
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Departamento de salud municipal Collipulli, Collipulli.
INTRODUCCIÓN	La enfermedad de Huntington (EH) es una enfermedad neurodegenerativa, crónica y hereditaria de inicio en la edad media. Pertenece al grupo de las denominadas «raras». La prevalencia se considera entre 5 y 10 casos por 100.000 habitantes. Es un trastorno autosómico dominante que se puede identificar clínicamente en presencia de alteraciones del comportamiento, afectivas y cognitivas asociadas a una disfunción motora progresiva y antecedentes familiares compatibles.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 55 años, consulta en posta Mininco por cuadro de 2 años de evolución, iniciado tras muerte de hija, caracterizado por movimientos distónicos orofaciales de predominio ocular, disartria, corea apendicular, ocasionales mioclonías axiales, impersistencia motora, con cambios en personalidad, irritable, con episodios de desorientación espacial, disejecutivo, sin lograr luria. Padre con antecedentes de EH. Dado esto, se realiza derivación a nivel secundario para estudio etiológico con exámenes. Es evaluado por neurología, donde se revisan exámenes generales dentro de valores normales y se solicita resonancia magnética de cerebro concluyente con disminución de volumen de la cabeza de ambos núcleos caudados y de ambos putámenes, siendo compatibles con EH. Actualmente paciente en controles por especialidad y posta tras inicio de manejo sintomático con sertralina, risperidona y psicoterapia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La EH es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que se caracteriza por disfunciones motoras, cognoscitivas y psiquiátricas. La clínica suele presentar movimientos anormales, trastornos conductuales y deterioro cognitivo. El tratamiento debe ser multidisciplinario, aunque no existen tratamientos eficaces para ralentizar la progresión o retrasar el comienzo, pueden y deben ser tratados los síntomas como la corea, la depresión y la ansiedad como se hizo en este caso. La enfermedad progresa lentamente y produce la muerte 15-20 años tras el inicio sintomático. Las causas principales de muerte son broncoaspiración secundaria a la disfagia y la inanición. No hay tratamientos efectivos para evitar la progresión de la enfermedad.
PALABRAS CLAVE	Autosómico dominante, Corea, Huntington.
TÍTULO DEL TRABAJO	ENFERMEDAD DE ISELIN: DIAGNÓSTICO EN ASCENSO DE DOLOR DE PIE:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	C) Pediatría y Cirugía Infantil
AUTOR	Araya Pino Camila (1)
CO-AUTORES	Cortes López Belén (1), Galleguillos León Sebastián (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, Hospital Familiar y Comunitario de Vilecún, Vilecún
TÍTULO DEL TRABAJO	ENFERMEDAD DE ISELIN: DIAGNÓSTICO EN ASCENSO DE DOLOR DE PIE:
INTRODUCCIÓN	La enfermedad de Iselin se considera una enfermedad rara. Descrita por primera vez en 1912 con incidencia poco clara al día de hoy. Se presenta en pacientes de 7-13 años de edad asociado principalmente a actividad física. Se teoriza que puede ser una enfermedad en aumento dado la mayor cantidad de jóvenes deportistas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 9 años que consulta a urgencias por dolor en pie izquierdo al aterrizar en agua de piscina. Sin dolor a la palpación, deformidad. Sin deformidad ni equimosis. En radiografía se visualiza fragmentación de epífisis del quinto metatarsiano compatible con Enfermedad de Iselin. Se maneja con valva en bota corta y analgesia con buena respuesta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La Enfermedad de Iselin o apofisitis de la base del quinto metatarsiano ocurre por tracción del tendón del peroneo corto que puede producir una avulsión parcial o total de la apófisis. La clínica típica es edema y dolor lateral en pie que aumenta con ejercicio y disminuye con reposo. Es un diagnóstico clínico que se complementa con radiografía anteroposterior, lateral y oblicua del pie. El tratamiento es conservador con reposo deportivo por 4-8 semanas y uso de antiinflamatorios. En caso de mala evolución corresponde nueva radiografía y derivar a especialista. Se considera una patología rara dado que hasta el año 2000 solo había 9 casos diagnosticados. Actualmente debería haber aumento en incidencia dado mayor cantidad de jóvenes deportistas por lo cual es importante tenerlo en consideración al enfrentarse a pacientes con dolor de pie sin trauma importante.
PALABRAS CLAVE	Traumatismos en atletas, Enfermedades del pie, Enfermedades óseas
TÍTULO DEL TRABAJO	FOIE GRAS EN EL HUMANO, RESULTADOS DE LA APLICACION DE ULTRASONOGRAFIA ABDOMINAL EN POBLACIÓN RURAL DE AYSÉN:
CLASE	Trabajo de Investigación
CATEGORÍA	h) imagenología
AUTOR	Schilling von Dessauer, Maximilian(1)
CO-AUTORES	Cruz Gallardo, Carmen (2), Petermann Toledo, Daniela(3)
AFILIACIÓN	1: Médico EDF Residente PSR Puerto Guadal, Hospital Lord Cochrane, Cochrane. Servicio de Salud Aysén. 2: Médico EDF Hospital Leopoldo Ortega Rodríguez, Chile Chico. Servicio de Salud Aysén. 3: Médico EDF Residente PSR Villa Amengual, Dirección Salud Rural, Lago Verde. Servicio de Salud Aysén.
INTRODUCCIÓN	La esteatosis hepática es la enfermedad hepática crónica más frecuente del mundo¹ con una prevalencia de 30-38%¹; con estimaciones chilenas según distintas cohortes de 26,8% ¹ En este estudio se realizó una revisión de todas las ultrasonografías realizadas por un periodo de cuatro años, en PSR Puerto Guadal, y se revisan sus resultados según los criterios ecográficos de esteatosis hepática. Objetivos: revisar prevalencia ecográfica de esteatosis hepática, junto con clasificar la misma según criterios ecográficos^{2,3}

La Ecografía tiene una concordancia moderada con el estudio anatopatológico⁵

MATERIALES Y MÉTODOS	Y	Criterios de inclusión: Ecografías abdominales formales realizadas por médico EDF posterior a capacitación de ultrasonografía abdomino-pélvica en el Hospital Dr. Sotero del Río. Se revisan todas las ecografías abdominales informadas, y se revisaron cuales cumplían con criterios para diagnóstico ecográfico de Esteatosis hepática. Se recopilan 85 ecografías informadas y se clasifican los resultados según niveles leve, moderado o severo, y se rescata el IMC del paciente, clasificados en normopeso, sobrepeso u obesidad.
RESULTADOS		De las 85 ecografías abdominales, 57 cumplieron criterios ecográficos ^{2,3} , para esteatosis hepática, 22 con criterios para esteatosis leve, 23 para esteatosis moderada y 11 para esteatosis severa. Considerando una población de 728 usuarios inscritos en el dispositivo local, se presenta una prevalencia de 7.83%; sin embargo, dentro del muestreo, el resultado de prevalencia fue de 67%
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Y	Si bien la prevalencia de esteatosis es menor a la nacional, hay que considerar que tan sólo un 11,68% de la población tiene una ecografía informada durante el lapso incluido. Comparativamente en España ⁴ en otro estudio de similares características, de 100 ecografías, 77% presentaron esteatosis, lo cual no se aleja tanto de la realidad local. Vale contextualizar que la esteatosis hepática se considera dentro del espectro de síndrome metabólico ² ; y la muestra poblacional presentaba 43% sobrepeso, 36% obesidad y solo un 20% normopeso.
PALABRAS CLAVE		Esteatosis hepática, Hígado graso, Síndrome metabólico, Ultrasonografía.
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	CARACTERIZACIÓN DE POBLACIÓN QUE SE REALIZÓ PAPANICOLAOU DURANTE EL AÑO 2023 EN CESFAM N°1 RAMÓN CORBALÁN MELGAREJO. ESTUDIO DESCRIPTIVO:
CLASE		Trabajo de Investigación (TI)
CATEGORÍA		e) Ginecología y Obstetricia
AUTOR		Salas Gianini Roxanna (1)

CO-AUTORES	Yon Oyarce Constanza (2), Ovando Melgar María (3), Besa Witto Dominga (4)
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, Cefam N°1 Ramón Corbalán Melgarejo. Santiago (2) Médica General de Zona, Cefam N°1 Ramón Corbalán Melgarejo. Santiago (3) Médica- cirujana, Cefam N°1 Ramón Corbalán Melgarejo. Santiago (4) Interna de Medicina Universidad San Sebastián, Santiago
INTRODUCCIÓN	El cáncer cervicouterino (CaCu) en Chile representa el 6,6% de los casos nuevos de cáncer, siendo el tercero en incidencia y sexto en mortalidad. El método de tamizaje es la citología cervical o Papanicolaou (PAP). Se analizaron los resultados de los PAP realizados en 2023 en el CESFAM N°1, con el objetivo de determinar la prevalencia y subtipos de alteraciones citológicas en su población.
MATERIALES Y MÉTODOS	Para este estudio descriptivo, se revisaron los datos del año 2023 del CESFAM N°1. Estos fueron extraídos del registro electrónico Rayen mediante su perfil administrativo, y posteriormente traspasados y analizados en Microsoft Excel, previa autorización del director.
RESULTADOS	La población objetivo —usuarias entre 25 y 64 años— validada fue de 18.702. En el 2023, se realizaron 2.361 PAP, concentrándose el mayor número en mujeres entre 30 y 34 años, y el menor en usuarias de 60 a 64 años. El 93% de los resultados fueron normales. Se identificaron 11 casos de infección por virus del papiloma humano (VPH), 27 muestras inadecuadas y 93 alteraciones citológicas atípicas. Entre las neoplasias intraepiteliales (NIE), la más frecuente fue NIE II (17 casos), seguida por NIE III (15 casos) y NIE I (8 casos). Además, se detectaron 2 casos de carcinoma escamoso y ningún adenocarcinoma. En total, 68 pruebas alteradas requirieron derivación a patología cervical, de estas, el 75% correspondieron a mujeres migrantes.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Estos hallazgos permiten determinar la prevalencia y los tipos de alteraciones citológicas en nuestra población, destacando la necesidad de implementar estrategias que fortalezcan el acceso al PAP, especialmente entre mujeres mayores —quienes fueron las que menos se realizaron el examen— y mujeres migrantes —quienes presentaron una mayor prevalencia de alteraciones—, para lograr una detección y derivación precoz. De esta forma, se contribuiría a reducir la morbilidad asociada al CaCu, tanto a nivel local como global.
PALABRAS CLAVE	Cáncer, Prueba de Papanicolaou, Tamizaje

TÍTULO DEL TRABAJO	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE DIAGNÓSTICOS EN PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA MENOR EN HOSPITAL FAMILIAR Y COMUNITARIO 2021-2025 DE ARAUCANÍA SUR:
CLASE	Trabajo de Investigación (TI).
CATEGORÍA	D) Cirugía
AUTOR	Escobar Toro Luis (1)
CO-AUTORES	Gutiérrez Ramírez Sebastián (1), Zivkovic Zencovich Ivo (1), Contreras Osses Fernanda (1).
AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación, Hospital Arturo Hillerns Larrañaga de Puerto Saavedra
INTRODUCCIÓN	La cirugía menor es una estrategia fundamental en la atención primaria en salud (APS), permitiendo resolver patologías quirúrgicas de baja complejidad sin derivación a centros de mayor nivel. Esto optimiza los recursos y agiliza la atención de los pacientes. En el Hospital Familiar y Comunitario de Puerto Saavedra (HFCPS), se realizan diversos procedimientos quirúrgicos menores, incluyendo biopsias con fines diagnósticos, el objetivo del estudio: describir tipo de lesiones más frecuentes, evaluar la proporción de biopsias realizadas y la presencia de lesiones malignas o premalignas.
MATERIALES Y MÉTODOS	Y Estudio descriptivo ecológico. Se revisó libro de pabellón de 189 pacientes intervenidos en cirugía menor entre 2021 y 2025 en el HFCPS. Se recopilaron datos anónimos considerando diagnóstico postoperatorio, toma de biopsia y resultados histopatológicos. Se identificaron dos grupos: 109 procedimientos sin biopsia (57.7%) y 80 con biopsia (42.3%). Se realizó análisis descriptivo con Excel. Debido al carácter descriptivo del estudio, no se requirió aprobación de un comité de ética
RESULTADOS	Procedimientos sin biopsia (n=109): Onicocriptosis: 65 casos (59,6%), Fibroma blando: 18 casos (16.5%), Quistes epidérmicos: 8 casos (7,3%), Granuloma: 4 casos (3,6%) Procedimientos con biopsia (n=80): Diagnósticos benignos confirmados: 75 casos (93,8%), dentro de ellos fibroma blando 18 casos (24%), queratosis seborreica 11 casos (14.6%), nevo 10 casos (13.3%), Lipoma 7 casos (9.35%). Se identificaron cinco casos (6.2%) de lesiones premalignas o malignas, todas en pacientes mayores de 60 años.

DISCUSIÓN CONCLUSIÓN	Y	Los procedimientos de cirugía menor en el HFCPS estuvieron principalmente dirigidos al tratamiento de patologías benignas. La onicocriptosis y el fibroma blando son los diagnósticos más frecuentes. La detección de lesiones malignas fue sólo en mayores de 60 años, resultados se pueden extrapolar a poblaciones APS similares. El conocer las patologías más frecuente de resolutive en APS contribuiría a fortalecer la capacidad resolutive de los establecimientos de baja complejidad.
PALABRAS CLAVE		Biopsia (Biopsy), Piel (Skin), "Procedimientos Quirúrgicos Operativos" ("Surgical Procedures, Operative").
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	ESTUDIO DESCRIPTIVO CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA EN PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA MENOR EN HOSPITAL FAMILIAR Y COMUNITARIO 2021-2025:
CLASE		Trabajo de Investigación (TI).
CATEGORÍA		D) Cirugía
AUTOR		Escobar Toro Luis (1)
CO-AUTORES		Gutiérrez Ramírez Sebastián (1), Contreras Osses Fernanda (1), Zivkovic Zencovich Ivo (1).
AFILIACIÓN		(1) Médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación, Hospital Arturo Hillerns Larrañaga de Puerto Saavedra
INTRODUCCIÓN		Los procedimientos de cirugía menor son comunes en la atención primaria y se utilizan para la resección de lesiones cutáneas benignas y sospechosas. La correlación entre el diagnóstico clínico preoperatorio y los resultados histopatológicos es fundamental para evaluar la precisión diagnóstica y definir técnica quirúrgica emplear. Este estudio se realiza en un Hospital Familiar y Comunitario. Objetivo: Evaluar la correlación diagnóstica entre el diagnóstico postoperatorio clínico y el resultado histopatológico en pacientes sometidos a cirugía menor en el periodo 2021-2025.
MATERIALES MÉTODOS	Y	Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo basado en libro de pabellón de procedimientos de cirugía menor con toma de biopsia. Se analizaron los casos en los que se disponía de biopsia y se comparó el diagnóstico postoperatorio con el resultado histopatológico. Se realizó análisis descriptivo con Excel. Debido al carácter descriptivo del estudio, no se requirió aprobación de un comité de ética

RESULTADOS	De un total de 76 casos con biopsia, el 60.5% (n=46) presentó correlación entre el diagnóstico postoperatorio y el resultado de biopsia, mientras que el 39.5% (n=30) no tuvo concordancia. Entre los diagnósticos postoperatorios que más frecuentemente no tuvieron correlación con la biopsia se encuentran: Dermatofibroma (4 casos), Quiste epidérmico (3 casos), Acrocordones cervicales (3 casos), Nevo, no neoplásico (2 casos).
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Los resultados del presente estudio reflejan una correlación diagnóstica del 60.5% entre los hallazgos clínicos postoperatorios y el resultado histopatológico en procedimientos de cirugía menor. Sin embargo, un 39.5% de los casos no presentó concordancia, lo que sugiere la existencia de desafíos en la precisión diagnóstica clínica en este contexto. La falta de precisión diagnóstica en estos casos ponen de manifiesto la importancia de la biopsia en cirugía menor para optimizar el diagnóstico y evitar errores que puedan impactar en el manejo terapéutico. Resultados se pueden extrapolar a poblaciones similares.
PALABRAS CLAVE	Biopsia (Biopsy), Piel (Skin), "Procedimientos Quirúrgicos Operativos" ("Surgical Procedures, Operative").
TÍTULO DEL TRABAJO	FALSA ALARMA ELECTROCARDIOGRÁFICA: PSEUDO SÍNDROME DE WELLENS EN CONTEXTO DE FIBRILACIÓN AURICULAR:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Jara Piñones Victoria(1)
CO-AUTORES	Pino Quezada Ignacio (2), Zagal Córdova Boris (2), Jara Piñones Catalina (3)
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, Centro de Salud Familiar Vista Hermosa, Santiago (2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Dr Arturo Baeza Goñi, Santiago (3) Alumna de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.
INTRODUCCIÓN	El síndrome de Wellens (SDW) es un patrón electrocardiográfico que refleja una estenosis de la arteria coronaria descendente anterior izquierda (DAI) en pacientes con síndromes coronarios agudos (SCA). Existen dos subtipos que a menudo evolucionan a inversiones simétricas y profundas de la onda T en las derivaciones precordiales.

El pseudo síndrome de Wellens (PSDW) es una entidad infrecuente que se caracteriza por cambios electrocardiográficos característicos del SDW, pero sin estenosis de la DAI.

PRESENTACIÓN DEL CASO Femenina de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular (FA) en tratamiento anticoagulante oral, consulta por cuadro de 2 horas de dolor torácico opresivo retroesternal escala visual analógica (EVA) 6/10 irradiado a brazo izquierdo. Se realiza electrocardiograma (ECG) que mostró inversión simétrica de ondas T en precordiales V2-V6. Paciente con ECG similar un año atrás. Ante cuadro típico, se solicita test rápido de troponinas levemente positivas (0.15; VR: 0.06), se deriva a urgencias por sospecha de SCA. Se solicita troponina I ultrasensible, resultando en 107.1. Se rescata coronariografía antigua: ventriculografía con función sistólica conservada, sin alteraciones evidentes de la motilidad segmentaria, sin insuficiencia mitral, sin gradiente aórtico. Tronco coronario izquierdo ,DAI, arterias circunfleja y coronaria derecha sin lesiones. Paciente ya asintomática, por lo que se decide alta y seguimiento ambulatorio. Holter de ritmo 48 horas posteriores sin alteraciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El PSDW puede estar asociado a causas como espasmo coronario, embolia transitoria, miocardiopatías o drogas. Las troponinas alteradas podrían reflejar una injuria miocárdica no obstructiva como arritmias. En este caso, la FA controlada refuerza esta teoría. Así mismo, un ECG previo similar, coronariografía sin lesiones y evolución clínica favorable orientan a este síndrome. Reconocer esta entidad evita intervenciones innecesarias y permite un manejo focalizado en factores de riesgo, búsqueda de causas y seguimiento clínico-ECG adecuado.

PALABRAS CLAVE Síndrome coronario agudo, Electrocardiografía, Fibrilación auricular

TÍTULO DEL TRABAJO FASCIE LEONINA POR DERMATITIS ACTÍNICA CRÓNICA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO:

CLASE CASO CLÍNICO (CC)

CATEGORÍA h) Especialidades (Dermatología)

AUTOR Casagrande Urdalleta Sofía (1)

CO-AUTORES Gonzalez Flores Maite (1), Sagredo Torres Catherine (1), Díaz Carú Alonso (2)

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Toltén, Nueva Toltén. (2) Interno de Medicina 7º año, Universidad Mayor Santiago, Santiago.
INTRODUCCIÓN	La fascie leonina corresponde a un patrón clínico caracterizado por engrosamiento y acentuación de pliegues cutáneos faciales, asociada normalmente a infiltración dérmica crónica. Aunque se comparte en enfermedades como la lepra o linfomas cutáneos, también puede presentarse en fotodermatosis graves como el reticuloide actínico, una forma severa de dermatitis actínica crónica. Esta patología es infrecuente, de evolución crónica y difícil diagnóstico, lo que motiva este caso.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 no insulino-requiriente y dermatitis atópica crónica refractaria, consulta inicialmente en 2018 por lesiones eritematosas y vesiculosas en hemicara derecha interpretadas como herpes zóster, con respuesta parcial a tratamiento. Presenta desde entonces múltiples recurrencias faciales con placas eritemato-descamativas, prurito intenso, sobreinfección, destacando fascie leonina y compromiso progresivo hacia cuello, tronco y extremidades, junto a onicodistrofia y descamación plantar. Evolución tórpida pese a corticoides, antibióticos y antihistamínicos. Finalmente se realizaron biopsias (tres) en 2022 que revelaron dermatitis actínica crónica. Se inició manejo con fotoprotección estricta, urea tópica, hidroxiclороquina, doxepina y tacrolimus, con mejoría clínica significativa, aunque persistencia de lesiones fluctuantes. Se descartaron causas neoplásicas e inmunológicas. El consentimiento informado fue obtenido.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso resalta una clínica poco común: fascie leonina, secundaria a fotodermatosis crónica, cuyo diagnóstico fue difícil por su presentación con patologías coexistentes y respuesta parcial a terapias inespecíficas. Subraya la importancia de considerar dermatitis actínica crónica en cuadros cutáneos refractarios con fotodistribución y evolución prolongada, especialmente en pacientes expuestos crónicamente al sol o agentes sensibilizantes. La sospecha clínica dirigida y el estudio histológico fueron claves para establecer el diagnóstico y permitir un tratamiento más efectivo.
PALABRAS CLAVE	Cara, Dermatitis, Dermatitis Facial, Trastornos por Fotosensibilidad
TÍTULO DEL TRABAJO	COREA SECUNDARIA A HIPERGLUCEMIA Y ABSTINENCIA ALCOHÓLICA:

CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	g) Neurología
AUTOR	Pérez Bastidas Javiera(1)
CO-AUTORES	Sobarzo Negüie Macarena(1), Paredes Catalán Nicolás(2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Lautaro, Lautaro (2) Médico General de Zona, Departamento de Salud Municipal de Gorbea, Gorbea
INTRODUCCIÓN	El corea como manifestación del síndrome de abstinencia alcohólica es un fenómeno infrecuente, con escasa evidencia epidemiológica consolidada. Estudios sugieren que su aparición podría vincularse a la interacción entre alteraciones metabólicas agudas y la privación etílica, especialmente en pacientes con comorbilidades. Este caso busca ilustrar esta asociación poco común y destacar la importancia de reconocer factores desencadenantes.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Varón de 75 años con diabetes mellitus insulino dependiente, hipertensión arterial y dependencia alcohólica, ingresó por movimientos coreicos en extremidades superiores, tronco y lengua de 72 horas de evolución. Sin antecedentes de trastornos del movimiento. Al ingreso, presentaba hiperglucemia (377 mg/dL) y orina inflamatoria. El examen neurológico evidenció corea distal, pupilas reactivas y funciones cognitivas preservadas. La angiotomografía cerebral mostró un aneurisma fusiforme en la arteria cerebral media derecha, sin sangrado activo. Usuario se hospitalizó e inició insulina cristalina, ceftriaxona por sospecha de infección urinaria y manejo de abstinencia alcohólica. Resto de exámenes destaca hemoglobina glicosilada en 15.4%, niveles de amonio normales, prueba serológica para virus de la inmunodeficiencia humana negativo, pruebas serológicas para sífilis negativo. Persistencia de corea motivó derivación a neurología, pero el paciente optó por alta voluntaria precoz para continuar tratamiento en su centro de origen. Consentimiento informado fue obtenido para uso anónimo de datos.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La corea en abstinencia alcohólica es un diagnóstico excepcional, con pocos casos reportados en la literatura. Este caso subraya la necesidad de investigar hiperglucemia y privación etílica como posibles desencadenantes en pacientes vulnerables. Aunque la resonancia magnética podría esclarecer etiologías estructurales, el control urgente de alteraciones metabólicas sigue siendo prioritario. Se

recomienda vigilancia glucémica estricta y evaluación neurológica temprana.

PALABRAS CLAVE	Corea, Hiperglucemia, Síndrome de abstinencia alcohólica
TÍTULO DEL TRABAJO	ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON COMPLICACIONES SISTÉMICAS EN UN PACIENTE JOVEN:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Pérez Bastidas Javiera(1)
CO-AUTORES	Vegas Reyes Ángel(1), Paredes Catalán Nicolás(2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Lautaro, Lautaro (2) Médico General de Zona, Departamento de Salud Municipal de Gorbea, Gorbea
INTRODUCCIÓN	La endocarditis infecciosa (EI) es una patología grave asociada a alta morbimortalidad, especialmente cuando presenta complicaciones sistémicas como embolismos sépticos. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica y abordaje multidisciplinario. Este caso ilustra la presentación atípica de una EI en un paciente joven sin factores de riesgo tradicionales, destacando la importancia de la integración de hallazgos clínicos, imagenológicos y microbiológicos para un manejo oportuno.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 25 años, previamente sano, consultó por dolor abdominal cólico intenso, náuseas y vómitos de 3 días de evolución. Antecedentes de episodios lipotímicos en el mes previo. Al ingreso, subfebril, soplo holosistólico 3/6 e ictericia leve. Los exámenes revelaron: Proteína C Reactiva elevada (120.8 mg/L), infarto esplénico y renal derecho en tomografía computarizada (TC), e insuficiencia mitral significativa por perforación valvular en ecocardiograma, compatible con EI. Se inició terapia empírica con ampicilina, cloxacilina y gentamicina. El paciente fue trasladado a unidad de cuidados intensivos cardíaca para monitorización y completar estudio con ecocardiograma transesofágico. Se obtuvo consentimiento informado para procedimientos y uso de datos anonimizados.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso resalta los desafíos diagnósticos de la EI atípica, donde el cuadro inicial fue la fiebre y los síntomas abdominales. La presencia de embolismos sépticos y valvulopatía reforzó la sospecha. Se enfatiza la

utilidad del manejo empírico temprano, de la imagen multimodal (TC y ecocardiografía) y la necesidad de seguimiento prolongado por riesgo de secuelas cardíacas. Este aporte refuerza la relevancia de considerar EI en pacientes jóvenes con síntomas multisistémicos, incluso sin factores de riesgo clásicos, y destaca la importancia de la anticoagulación en contextos embólicos. El caso motiva a profundizar en estrategias diagnósticas rápidas y terapias dirigidas para mejorar pronósticos.

PALABRAS CLAVE	Embolia, Endocarditis bacteriana, Insuficiencia de la válvula mitral.
TÍTULO DEL TRABAJO	LARINGITIS AGUDA OBSTRUCTIVA RECURRENTE EN LACTANTE:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía Infantil
AUTOR	Pérez Bastidas Javiera(1)
CO-AUTORES	Garrido Martínez Patricia(1), Paredes Catalán Nicolás(2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Lautaro, Lautaro (2) Médico General de Zona, Departamento de Salud Municipal de Gorbea, Gorbea
INTRODUCCIÓN	La laringitis aguda obstructiva es una causa frecuente de dificultad respiratoria en menores de 5 años, con un 3-5% de casos que presentan recurrencias y <5% requiere de Intubación endotraqueal (IOT). Este caso ilustra el manejo de un lactante con dos episodios graves en 4 meses, destacando los desafíos en el diagnóstico diferencial, escalamiento terapéutico y abordaje de la laringitis recurrente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Lactante masculino de 1 año 2 meses, previamente sano, ingresó por dificultad respiratoria progresiva, estridor inspiratorio y fiebre. Presentaba taquipnea (51 respiraciones por minuto), taquicardia (201 latidos por minuto) y retracciones subcostales severas. Con diagnóstico de laringitis aguda grave, se manejó con adrenalina nebulizada, dexametasona vía oral e hidrocortisona endovenosa. Por mala respuesta, requirió IOT y fue trasladado a unidad de cuidados intensivos pediátrica. Evolución favorable con extubación a las 48 horas. 4 meses después, reconsultó por cuadro de dificultad respiratoria similar; estridor en reposo, cianosis y agitación, Westley 11 puntos. Tratamiento inicial con dexametasona y adrenalina

nebulizada sin mejoría, requiriendo IOT urgente. El paciente fue trasladado a un centro de alta complejidad para manejo avanzado. Se obtuvo consentimiento informado verbal de la madre para exposición de caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La necesidad de intubación en Laringitis aguda obliga a descartar anomalías anatómicas mediante laringoscopia directa, especialmente si se trata de episodios recurrentes. Para el manejo farmacológico de la laringitis aguda obstructiva recurrente emergen como opciones; corticosteroides inhalados, inhibidores de la bomba de protones e ipratropio intranasal, aunque este último requiere más estudios.
PALABRAS CLAVE	Insuficiencia respiratoria, Intubación intratraqueal, Laringitis.
TÍTULO DEL TRABAJO	MANEJO INTEGRAL CON PAROXETINA EN PACIENTE CON FIBROSIS PULMONAR Y TRASTORNO DE ANSIEDAD:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	Pérez Bastidas Javiera(1)
CO-AUTORES	Paredes Catalán Nicolás(2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Lautaro, Lautaro (2) Médico General de Zona, Departamento de Salud Municipal de Gorbea, Gorbea
INTRODUCCIÓN	La fibrosis pulmonar (FP) cursa con disnea progresiva y deterioro funcional, asociándose frecuentemente a trastornos del ánimo, siendo el control de estos muy importante para el manejo de la Disnea total; definida como percepción multidimensional de dificultad respiratoria. Esta condición clínica exige abordajes farmacológicos, normalmente opioides, y no farmacológicos para su manejo. La paroxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), posee efectos ansiolíticos y antidepresivos. Se asocia a efectos adversos como hiponatremia, síndrome serotoninérgico e interacciones farmacológicas (vía CYP2D6), que hacen que su uso, en adultos mayores, sea excepcional. Este caso destaca el rol de la paroxetina en la mejoría sintomática integral dentro de un programa de cuidados paliativos no oncológicos.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Varón de 89 años con FP, usuario de concentrador de oxígeno, hipertensión, diabetes tipo 2 y dislipidemia, ingresó a programa de

cuidados paliativos universales de atención primaria por deterioro funcional severo y pronóstico vital <12 meses. Presentaba ansiedad, insomnio, hiporexia, constipación y disnea de bajo esfuerzo. En mayo/2024, se inició paroxetina 20 mg/día, en dosis gradual y seguimiento clínico. Paralelamente, recibió atención domiciliaria multiprofesional; kinesioterapia respiratoria, atención por nutricionista, contacto telefónico semanal con enfermera. A los 3 meses, reportó mejoría del ánimo, sueño, apetito y ganancia de peso de dos kilogramos. La disnea disminuyó, permitiendo mayor independencia en actividades diarias. Consentimiento informado fue obtenido para uso anónimo de datos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El uso de Paroxetina permitió reducir carga sintomática global, optimizando adherencia a rehabilitación y nutrición, sin la asociación con opioides por ahora. En el futuro, si se desea introducir opioides en su esquema, requerirá una revisión de su prescripción dado interacción farmacológica entre opioides e ISRS. Finalmente, se recomienda evaluar ansiedad y depresión rutinariamente en FP, priorizar manejo integral multidisciplinario y considerar ISRS en esquemas farmacológicos.

PALABRAS CLAVE ● Ansiedad, Cuidados paliativos, Disnea, Fibrosis pulmonar, Paroxetina.

TÍTULO DEL TRABAJO ROL DE LA RADIOLOGÍA INTERVENCIONAL EN USUARIA CON HEPATOPATÍA CRÓNICA Y SHOCK MIXTO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA h) Especialidades: Radiología Intervencional

AUTOR Pérez Bastidas Javiera (1)

CO-AUTORES Sierra Cáceres Bárbara(1), Paredes Catalán Nicolás(2)

AFILIACIÓN (1) Médico Cirujano, Hospital de Lautaro, Lautaro
(2) Médico Cirujano, Departamento de Salud Municipal de Gorbea, Gorbea

INTRODUCCIÓN Este caso ilustra la importancia de un abordaje multidisciplinario en usuaria con shock séptico y hemorrágico, destacando la embolización arterial como alternativa en sangrados activos refractarios, en un contexto de limitaciones de recursos.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina de 55 años con daño hepático crónico Child-Pugh B, antecedente de alcoholismo y ligadura reciente de várices

esofágicas, ingresó por hematoma extenso en muslo derecho sin trauma previo. Presentaba ictericia, taquicardia y anemia severa (Hb: 6.2 g/dL). Los estudios revelaron sangrado activo intramuscular en Angiografía por tomografía computarizada y coagulopatía (INR: 2.63). Se manejó con transfusión de hemoderivados, ácido tranexámico y vitamina K, pero persistió la inestabilidad hemodinámica. Ante la falta de respuesta, se realizó embolización selectiva de la arteria femoral profunda derecha, logrando hemostasia. De manera concomitante, desarrolló sepsis por neumonía aspirativa, tratada con tazobactam/piperacilina y vancomicina. La evolución fue crítica, requiriendo noradrenalina y soporte ventilatorio no invasivo. Se obtuvo consentimiento informado para procedimientos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso resalta la utilidad de la radiología intervencional en sangrados activos en pacientes con coagulopatía y alto riesgo de sangrado en intervenciones invasivas. La coexistencia de shock hemorrágico y séptico en hepatopatía crónica exige considerar reposición volumétrica y manejo antibiótico precoz. Se concluye importante ampliar la disponibilidad de embolización temprana en sangrados refractarios para centros de mediana complejidad de la novena región.
PALABRAS CLAVE	Coagulopatía, Embolización Terapéutica, Hepatopatía Alcohólica.
TÍTULO DEL TRABAJO	FIEBRE DE FOCO NO PRECISADO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍAS PREEXISTENTES: A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Spano Guajardo Andrea (1)
CO-AUTORES	Lobos Cifuentes Andrea (2), Pérez Munita Fernanda (3), Valenzuela Moreno Lucas (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, Hospital de Mulchén, Mulchén. (2) Médico EDF, Hospital de Mulchén, Mulchén. (3) Médico EDF, Hospital de Mulchén, Mulchén. (4) Médico EDF, Cefam Dr. Alberto Allende Jones, Talagante.
INTRODUCCIÓN	La fiebre sin foco, especialmente en pacientes con cardiopatías preexistentes, puede ser un signo de endocarditis infecciosa (EI). La EI es una infección que generalmente afecta las válvulas cardíacas, pero puede presentarse en el endocardio o en dispositivos intracardiacos.

En Chile la incidencia es de 2-3 casos por 100.000 habitantes al año, siendo una afección con elevada morbilidad y mortalidad. Afecta principalmente a personas mayores y a aquellos con factores de riesgo como válvulas cardíacas artificiales o antecedentes de enfermedades cardíacas.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente 65 años con antecedentes de diabetes mellitus, cardiopatía coronaria, recambio valvular aórtico mecánico y usuario de marcapaso bicameral. Consulta en servicio de urgencias por cuadro de cinco días de evolución de compromiso del estado general, fiebre y compromiso de consciencia cualitativo. Se constata hipotenso y glicemia capilar 400 mg/dl, se sospecha sepsis foco no precisado y cetoacidosis diabética (CAD), se inician antibióticos empíricos. Se deriva a hospital derivador para mayor estudio. Se descarta CAD. Se rescatan hemocultivos positivos para estreptococos mitis. Se sospecha endocarditis bacteriana subaguda (EBSA). Se realiza ecocardiograma que confirma endocarditis infecciosa. Ecografía transesofágica sugiere vegetaciones en prótesis valvular y marcapaso. Se realiza traslado a hospital de mayor complejidad para cirugía de recambio valvular. Se firma consentimiento informado.

**DISCUSIÓN Y
CONCLUSIONES**

Este caso resalta la importancia de adoptar un enfoque multidisciplinario y personalizado en la evaluación de la fiebre de foco no precisado en pacientes con cardiopatías preexistentes. La integración de técnicas diagnósticas avanzadas, como la ecocardiografía transesofágica y la imagenología molecular, puede facilitar la identificación temprana de infecciones ocultas o complicaciones infecciosas relacionadas con la patología cardíaca. En un contexto donde las cardiopatías preexistentes aumentan la vulnerabilidad a infecciones diseminadas, la innovación en el diagnóstico y manejo puede marcar la diferencia en la reducción de morbilidad y mortalidad, abriendo camino hacia estrategias terapéuticas más efectivas y personalizadas.

**PALABRAS
CLAVE**

ENDOCARDITIS BACTERIANA, ENFERMEDADES DE LAS VÁLVULAS CARDIACAS, FIEBRE.

**TÍTULO DEL
TRABAJO**

ECTASIA VASCULAR ANTRAL GÁSTRICA: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA

b) Medicina Interna

AUTOR

Vergara Beas Carlos (1)

CO-AUTORES	Quezada	Alfaro	Fabián	(2)
	Lozano	Valdivia	Scarlett	(2)
	Ramos Silva Sebastián (2)			
AFILIACIÓN	(1) Médico Becado Medicina Interna, Hospital Las Higueras, Universidad de Concepción, Concepción			
	(2) Interno de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica			
INTRODUCCIÓN	La esclerosis sistémica es una enfermedad autoinmune que afecta a múltiples órganos y se caracteriza por fibrosis cutánea y visceral, disfunción vascular y producción excesiva de colágeno. Dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes se encuentra la ectasia vascular antral gástrica (GAVE) caracterizada por hemorragia digestiva alta y anemia ferropénica. El propósito de este caso es considerar GAVE como diagnóstico diferencial de la hemorragia digestiva alta en paciente con cuadro de esclerosis sistémica.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 54 años, con antecedentes de hipotiroidismo, vitíligo y abortos recurrentes, presentó cuadro de 5 días de evolución de melena, taquicardia y astenia. Al examen físico manifestó palidez, alopecia, esclerodactilia, piel indurada, xerostomía y xeroftalmia. En exámenes de laboratorio destacó hemoglobina 5.4 gr/dl, por lo que se hospitalizó, transfundió y realizó endoscopia digestiva alta que informó gastritis severa sin sangrado activo. Posteriormente se realizó colonoscopia sin hallazgos patológicos y se solicitó perfil inmunológico de anticuerpos antinucleares (ANA) 1/2560 y ANA 23 que destacó autoantígeno PM-Scl 75 (+) coincidente con criterios ACR/EULAR para esclerosis sistémica progresiva. En contexto de esclerosis sistémica y persistencia de hemorragia digestiva sin hallazgos en exámenes endoscópicos previos, se decidió continuar estudio mediante cápsula endoscópica en búsqueda de GAVE, estudio impresionó manchas rojas organizadas longitudinalmente que parten radialmente del antro pilórico sugerentes de GAVE.			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La (GAVE) es responsable del 4% de las hemorragias digestivas altas no varicosas, y se caracteriza por un patrón endoscópico específico en el antro gástrico. Está asociada principalmente a enfermedades autoinmunes, como la esclerosis sistémica, que la presenta en el 10% de los casos. En pacientes con esclerosis sistémica y hemorragia digestiva alta, es fundamental sospechar de GAVE para asegurar un diagnóstico oportuno y mejorar el pronóstico del paciente.			

PALABRAS CLAVE	Anemia ferropénica, Ectasia vascular gástrica, Enfermedades autoinmunes, Esclerosis sistémica, Hemorragia gastrointestinal		
TÍTULO DEL TRABAJO	ENFERMEDAD DE CROHN EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA: A PROPÓSITO DE UN CASO		
CLASE	Caso clínico (cc)		
CATEGORÍA	b) Medicina Interna		
AUTOR	Vergara Beas Carlos (1)		
CO-AUTORES	Quezada	Alfaro	Fabián (2)
	Lozano	Valdivia	Scarlett (2)
	Ramos Silva Sebastián (2)		
AFILIACIÓN	(1) Médico Becado Medicina Interna, Hospital Las Higueras, Universidad de Concepción, Concepción		
	(2) Interno de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica		
INTRODUCCIÓN	La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica autoinmune que afecta predominantemente al tracto gastrointestinal. Esta enfermedad puede estar presente en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), cuya asociación se ha reportado como infrecuente dado a sus diferentes mecanismos inmunológicos y fisiopatológicos. Por otro lado, las infecciones por entidades oportunistas propias del VIH pueden simular las manifestaciones de la enfermedad inflamatoria intestinal.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 34 años, ingresó por cuadro de rectorragia de 6 meses asociado a dolor abdominal, diarrea crónica no disentérica y baja de peso. Al examen físico destacó fístulas y absceso perianales por lo que se tomaron cultivos y se administró profilaxis antibiótica con ceftriaxona y metronidazol. Se tomaron exámenes de laboratorio que destacaron parámetros inflamatorios elevados y anemia leve. Se realizó colonoscopia que describió engrosamiento parietal anorrectal, asociado a fístula compleja con trayectos hacia el peroné y abscesos mesorectales, impresionando EC. Tras lo descrito, se realizó test de ELISA de cuarta generación positivo, CD4 152 células/mm³, por lo cual se inició tratamiento antirretroviral. Se solicitó PCR para Clostridium Difficile (-) e inmunohistoquímica para citomegalovirus (+), que se trató con Valganciclovir. Paciente se mantuvo hospitalizado en espera de evaluación por coloproctología para manejo.		

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La EC y el VIH pueden compartir manifestaciones clínicas, como la diarrea crónica, lo que dificulta su diferenciación diagnóstica. Las infecciones oportunistas, como el citomegalovirus, son frecuentes en pacientes inmunosuprimidos y pueden simular una enfermedad inflamatoria intestinal. Aunque la asociación entre EC y VIH es rara, su coexistencia representa un reto diagnóstico, por lo que es fundamental considerar diagnósticos diferenciales en pacientes con inmunosupresión avanzada.		
PALABRAS CLAVE	Citomegalovirus, Enfermedad de Crohn, Inmunosupresión		
TÍTULO DEL TRABAJO	QUILOPERICARDIO CON TAPONAMIENTO EN LACTANTE MENOR: MÁS ALLÁ DE LA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL DUCTUS		
CLASE	Caso clínico (cc)		
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía Infantil		
AUTOR	Escobar Moya Desty (1)		
CO-AUTORES	Lozano	Valdivia	Scarlett (2)
	Cabrera	Contreras	Yeiko (2)
	Quezada Alfaro Fabián (2)		
AFILIACIÓN	(1) Médica Becada Pediatría, Hospital Regional de Antofagasta, Universidad de Antofagasta, Antofagasta (2) Interno de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica		
INTRODUCCIÓN	El quilopericardio postoperatorio es una complicación infrecuente de la cirugía cardíaca pediátrica, con riesgo potencial de taponamiento. Su diagnóstico y manejo precoz resultan fundamentales, especialmente en pacientes con síndromes genéticos y malformaciones congénitas cardíacas.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Lactante menor de 2 meses con Trisomía 21, eutiroidea, con ductus arterioso persistente (DAP) amplio con repercusión hemodinámica, comunicación interventricular (CIV) apical, comunicación interauricular tipo ostium secundum (CIA-OS) pequeña, laringomalacia severa y síndrome hipotónico. Ingresó por insuficiencia cardíaca descompensada, requiriendo ventilación mecánica invasiva. Fue trasladada para cirugía cardíaca, realizándose ligadura de DAP por esternotomía media con pericardiotomía. Evolucionó estable, sin derrame inicial. Al octavo día postoperatorio presentó derrame pericárdico leve-moderado, tratándose como		

síndrome post pericardiotomía. Durante su hospitalización cursó con taponamiento cardíaco. Se realizó pericardiocentesis con drenaje de 45 cc de líquido lechoso, confirmando quilo-pericardio. Se inició tratamiento conservador con régimen cero, nutrición parenteral total (NPT) y octreotida. Evolucionó con resolución progresiva del derrame. Se reintrodujo alimentación enteral con fórmula enriquecida en triglicéridos de cadena media (TCM), sin recidiva. Octreotida fue suspendido progresivamente. Ecocardiograma final mostró derrame mínimo y buena función biventricular. Se otorgó alta médica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El quilo-pericardio postoperatorio es una entidad infrecuente y potencialmente grave. Su diagnóstico precoz y el manejo médico adecuado pueden evitar la cirugía. Este caso destaca la importancia del seguimiento ecocardiográfico y del enfoque conservador como tratamiento inicial exitoso.		
PALABRAS CLAVE	Cardiopatías Congénitas, Quilotórax, Síndrome de Down		
TÍTULO DEL TRABAJO	TERATOMA RETROPERITONEAL: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA		
CLASE	Caso clínico (cc)		
CATEGORÍA	e) Ginecología y Obstetricia		
AUTOR	Gutierrez Contreras Pedro (1)		
CO-AUTORES	Lozano	Valdivia	Scarlett (2)
	Cabrera	Contreras	Yeiko (2)
	Quezada Alfaro Fabián (2)		
AFILIACIÓN	(1) Ginecólogo-Obstetra, Hospital Regional de Arica, Dr. Juan Noé Crevani, Arica.		
	(2) Interno de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica		
INTRODUCCIÓN	El teratoma es un tumor germinal que puede ser maduro (benigno) o inmaduro (maligno), frecuente en mujeres jóvenes. Aunque el 95% afecta a los ovarios, entre el 1-5% puede presentarse en forma extragonadal. Este caso describe una variante poco común en una paciente femenina.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina de 29 años, sin antecedentes médicos, derivada al hospital regional tras una ecografía transvaginal que evidenció una imagen compatible con quiste endometriósico en ovario izquierdo. Fue		

remitida al Policlínico de Ginecología para evaluación especializada. Como parte del estudio complementario, se solicitaron marcadores tumorales, con los siguientes resultados: antígeno de cáncer 125 (CA 125): 8 UI/ml, antígeno carcinoembrionario (CEA): 0.5 mg/mL, alfa fetoproteína: 0.9 ng/ml, y gonadotropina coriónica humana beta (b-HCG): 0.1 mUI/ml. Se completó el estudio de imagen con resonancia magnética, que informó una lesión quística de probable origen extraperitoneal, localizada en fosa isquiorrectal izquierda, con dimensiones de 8 x 7.6 x 9.7 cm. La lesión presentaba contenido hiperintenso en secuencia T2 y septos finos en su interior, generando desplazamiento de útero y recto hacia la derecha. Se realizó abordaje laparoscópico, evidenciándose una tumoración quística cubierta por peritoneo en fosa isquiorrectal izquierda, con desplazamiento del recto y tracción del ligamento uterosacro ipsilateral. Se efectuó quistectomía retroperitoneal sin incidentes. Se rescató biopsia que reportó teratoma quístico maduro. Evolución postoperatoria favorable, con adecuada tolerancia al dolor, reinicio precoz de la vía oral y cultivos intraoperatorios negativos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso muestra un teratoma retroperitoneal, una presentación rara que representa menos del 5% de los tumores germinales extragonadales en mujeres. Los teratomas maduros constituyen el 95% de los tumores germinales ováricos y suelen afectar a mujeres jóvenes. El caso subraya la necesidad de considerar ubicaciones anatómicas atípicas en el diagnóstico de masas pélvicas y aporta evidencia sobre una variante clínica poco común.
PALABRAS CLAVE	Teratoma, Laparoscopia, Quistes Ováricos, Resonancia Magnética.
TÍTULO DEL TRABAJO	COLELITIASIS NEONATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	C) Pediatría y cirugía pediátrica
AUTOR	Quevedo Marilao Ambar(1)
CO-AUTORES	Saravia Valderrama Juan (1), Carrasco Cisterna Carolina (1), Barz Olmedo Catalina (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Hospital de Lota, Lota (2) Médico integral, Hospital de Lota, Lota

INTRODUCCIÓN	La colelitiasis neonatal, representa una entidad clínica poco frecuente pero cada vez más reconocida gracias al uso extendido de la ecografía abdominal en la población pediátrica. Esta condición suele ser asintomática y de curso benigno, con resolución espontánea en la mayoría de los casos; sin embargo, en ciertas circunstancias puede asociarse a complicaciones significativas como colecistitis, colestasis u obstrucción biliar.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Lactante femenina de 3 meses y 10 días de vida, nacida por cesárea a las 38 + 5 semanas de gestación. Hija de madre primigesta, sin patologías crónicas, con hospitalización a las 29 semanas de gestación por restricción del crecimiento intrauterino tipo 2, situación que evolucionó favorablemente, permitiendo un alta precoz sin complicaciones. Presentó cuadro de 10 días de evolución de rechazo alimentario, constipación y cólicos abdominales, sin alteraciones al examen físico. Se solicitó ecografía abdominal que evidenció vesícula con múltiples imágenes hiperecogénicas puntiformes que se movilizan con cambios posturales, sugerentes de microlitiasis. No presentó alteraciones exámenes de laboratorio, por lo que hallazgo ecográfico se consideró como incidental no relacionado con cuadro actual, se indicó manejo sintomático y se cita a control a las 4 semanas. Al control paciente asintomática, sin complicaciones, se decide alta sin nuevo control ecográfico.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La colelitiasis neonatal es una condición poco frecuente, con una incidencia baja en recién nacidos. Generalmente se detecta de forma incidental mediante ecografía, ya que suele ser asintomática y de resolución espontánea. Entre los factores de riesgo se encuentran la prematuridad, nutrición parenteral y enfermedades hemolíticas, aunque en muchos casos, no se identifica una causa clara. A pesar de su baja prevalencia, su identificación ha cobrado mayor relevancia en el contexto del control perinatal moderno. Esto exige una aproximación clínica que combine prudencia, seguimiento ecográfico y la adecuada valoración de factores de riesgo en cada caso.
PALABRAS CLAVE	Colelitiasis, Recien nacido, Ultrasonografía.
TÍTULO DEL TRABAJO	AMIGDALITIS AGUDA QUE NO RESPONDE A TRATAMIENTO, MANIFESTACIÓN DE CÁNCER METASTÁSICO:
CLASE	h) Especialidades (Otorrinolaringología)
CATEGORÍA	Caso clínico (CC)

AUTOR	Marchant Mendoza Bárbara (1)
CO-AUTORES	Acuña Lopez Sara (2), Reyes Intveen Catalina (1), Sepulveda Riquelme Fernando (3).
AFILIACIÓN	(1) Médica Cirujana, Hospital de la familia y la comunidad de Laja, Laja. (2) Médica Cirujana, Hospital Clorinda Avello, Santa Juana. (3) Médico Cirujano, CESFAM 2 de Septiembre, Los ángeles.
INTRODUCCIÓN	Los sarcomas uterinos representan entre el 3 % y el 8 % de los cánceres del cuerpo uterino y se asocian a una alta mortalidad debido a su agresividad. Su incidencia ajustada por edad es de 2,8 por cada 100.000 mujeres-año en edades entre 30 y 79 años. Se caracterizan por su rápido crecimiento y diseminación hematógena o linfática. Entre los factores de riesgo destacan los estrógenos exógenos, tamoxifeno, raza afroamericana y radioterapia pélvica previa. Clínicamente, se manifiestan frecuentemente con hemorragia vaginal, dolor pélvico y crecimiento uterino, además su presentación varía según la localización de la metástasis.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 77 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial y cáncer uterino, quien fue tratada por un mes por amigdalitis aguda en un hospital comunitario. El cuadro fue refractario a múltiples esquemas antibióticos. En la última semana presentó disnea, odinofagia severa, sangrado y sensación de masa en región amigdalina. Al examen físico se evidencia masa ulcerada de 4x4 cm en amígdala, dura, otorrinolaringología. La biopsia confirmó sarcoma de alto grado con diferenciación rhabdomioblástica, interpretado como metástasis secundaria a cáncer endometrial. Caso con consentimiento informado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El presente caso destaca la rareza de las metástasis amigdalinas por sarcoma uterino, subrayando la importancia de considerar etiologías malignas en cuadros infecciosos refractarios. Los sarcomas uterinos, aunque poco frecuentes, son agresivos y pueden diseminarse a sitios inusuales. La presencia de síntomas persistentes como odinofagia, masa ulcerada y adenopatías cervicales, especialmente en pacientes con antecedentes oncológicos, debe alertar al clínico. Una evaluación oportuna mediante examen físico, imagenología y biopsia es clave. Este caso enfatiza la necesidad de una alta sospecha clínica y un enfoque diagnóstico sistemático ante presentaciones atípicas para evitar retrasos en el tratamiento y mejorar el pronóstico.

PALABRAS CLAVE	Infeción del Tracto Respiratorio Superior - Neoplasias Uterinas - Metástasis de la Neoplasia - Neoplasias Cabeza y Cuello
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME PILÓRICO COMO COMPLICACIÓN DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO, REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Gil Suárez Marianny (1)
CO-AUTORES	Daza Valenzuela Francisca (2), Araneda Valdés Rosario (2), Mariángel Bravo, Macarena (2)
AFILIACIÓN	1. Médica Cirujana Art. 9 Hospital Mercedes de Chimbarongo, Chimbarongo 2. Médica General de Zona Hospital Mercedes de Chimbarongo, Chimbarongo
INTRODUCCIÓN	La obesidad es una enfermedad crónica de manejo complejo, que frecuentemente fracasa con tratamientos conservadores. Ante esta situación, han surgido alternativas mínimamente invasivas como el balón intragástrico, el cual ha demostrado mayor eficacia que el tratamiento médico convencional y menor riesgo que la cirugía bariátrica. El objetivo de este caso es describir una complicación asociada al uso de balón intragástrico y su resolución clínica, destacando la importancia del reconocimiento precoz de signos de alarma y su manejo oportuno.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 52 años, con antecedentes de colocación reciente de balón intragástrico, consulta a urgencias tras dos meses de evolución por presentar dolor epigástrico intenso, vómitos de retención e intolerancia oral. La tomografía computada abdominal reveló un estómago severamente distendido, con abundante contenido gástrico y balón impactado en el antro. Se indicó endoscopia digestiva alta de urgencia, logrando la extracción exitosa del balón. Posteriormente, se instaló una sonda nasogástrica a caída libre por 12 horas, presentando buena evolución clínica. La paciente logró tolerancia oral adecuada y fue dada de alta al día siguiente.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El balón intragástrico es una opción efectiva y segura en el manejo de la obesidad, pero no está exento de complicaciones. Se estima que un 2% de los pacientes puede presentar eventos graves como perforación, obstrucción o impactación gástrica. La impactación antral, como en este caso, puede manifestarse con intolerancia oral y

dolor severo, requiriendo manejo endoscópico urgente. La selección adecuada de pacientes, el seguimiento riguroso y la educación respecto a signos de alarma son fundamentales para prevenir complicaciones mayores. La consulta precoz y la extracción oportuna permiten una recuperación completa, minimizando riesgos de secuelas a largo plazo.

PALABRAS CLAVE	Antro pilórico, Balón gástrico, Complicaciones post operatorias
TÍTULO DEL TRABAJO	IMAGENOLOGÍA EN ENFERMEDAD RENAL RELACIONADA A INMUNOGLOBULINA G4: A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Imagenología)
AUTOR	Salazar Barros Daniela (1)
CO-AUTORES	Sobarzo Negüé Macarena (2), Vidal Gutiérrez Claudio (1), Reyes Maldonado Cristóbal (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, Servicio de Salud Araucanía Sur, Hospital Abraham Godoy Peña, Lautaro. (2) Médico EDF, Servicio de Salud Araucanía Sur, Cesfam Cajón, Vilcún. (3) Médico Radiólogo, Servicio de Salud Araucanía Sur, Hospital Abraham Godoy Peña, Lautaro.
INTRODUCCIÓN	Enfermedad relacionada con inmunoglobulina G4 (IgG4), es una patología sistémica autoinmune caracterizada por la infiltración de órganos local o difusa por células plasmáticas portadoras de IgG4. Tiene predilección por páncreas, árbol biliar, glándulas salivales, ganglios linfáticos, retroperitoneo y riñón. En este último causa disfunción aguda o crónica pudiendo progresar a irreversible. El diagnóstico resulta de la combinación de hallazgos clínicos, serológicos, radiológicos con histopatología característica. La detección precoz permite prevenir fibrosis irreversible y disfunción orgánica mediante tratamiento esteroidal o inmunosupresor. Se presenta caso de paciente con Enfermedad renal relacionada a IgG4 (IgG4-RD) con patrón imagenológico descrito en literatura.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Previo consentimiento informado. Paciente masculino, 61 años, diabético e hipertenso, con cuadro de 2 meses de inapetencia, distensión abdominal y baja de peso >15 kg asociado a xerostomía, xeroftalmia, e inflamación de glándula submandibular. En exámenes

destacó falla renal rápidamente progresiva y síndrome Nefrótico, con estudio infeccioso y autoinmune negativos. Tomografía de abdomen y pelvis mostró riñones aumentados de tamaño, con áreas de baja atenuación, de aspecto parcheado y mal definidas bilaterales, además múltiples adenopatías cervicales, retroperitoneales e inguinales. Se planteó como hipótesis diagnóstica Síndrome Linfoproliferativo con invasión renal. Finalmente, biopsia renal confirmó Glomerulonefritis por IgG4-RD, iniciándose tratamiento inmunosupresor y diálisis crónica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El enfrentamiento de paciente IgG4-RD, constituye un desafío imagenológico pues los hallazgos son variados e inespecíficos. Sin embargo, la literatura describe 3 patrones en parénquima renal de aparición precoz: lesiones infiltrativas difusas (en parche), lesión nodular única o lesiones nodulares múltiples. En este caso, el paciente presentaba el primer patrón mencionado. Por lo tanto, es importante considerar IgG4-RD dentro de los diagnósticos diferenciales de falla renal. El análisis de imágenes considerando antecedentes clínicos tales como existencia de patología autoinmune, afectación glandular y síntomas constitucionales, puede conducir a alta sospecha, diagnóstico y tratamiento precoz.

PALABRAS CLAVE Enfermedad Relacionada con Inmunoglobulina G4, Glomerulonefritis, Radiología.

TÍTULO DEL TRABAJO Infecciones fúngicas: Candidiasis invasora. A propósito de un caso

CLASE Caso Clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Delannays Hernández, Bastian (1)

CO-AUTORES Fritis Fritis, Gianfranco (1), Loo Valdes, Francisco (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Peñaflor, Peñaflor

INTRODUCCIÓN Las manifestaciones clínicas de la infección por Candida varían desde infecciones locales hasta una diseminación generalizada. Aunque se considera que este microorganismo forma parte de la microbiota normal de los tractos gastrointestinal y genitourinario, tiene la propensión a invadir y causar enfermedades cuando se crea un desequilibrio en la microbiota, sobretudo en aquellos que presentan comorbilidades significativas. El siguiente caso clínico ilustra una infección por Candida albicans en un paciente séptico sin mayor factor

de riesgo, resaltando la importancia de una evaluación exhaustiva y tratamiento oportuno

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 65 años con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 insulino-requiere, hospitalizado por cuadro de 1 semana de astenia, paresia bilateral de extremidades inferiores, edema y eritema escrotal con secreción uretral polimorfonuclear, proteína C reactiva (PCR) elevada, falla renal aguda y acidosis láctica, se inició tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam previa toma de hemocultivos. Mediante imágenes se descartó patología cerebral, pero se evidenció ureterohidronefrosis bilateral, con signos de pieloureteritis. La toma de urocultivo fue pospuesta por imposibilidad de instalación de sonda vesical, por lo que 72 horas después, se tomaron muestras de orina por cistostomía, con presencia de piuria, levaduras e hifas, y urocultivo y hemocultivos resultaron positivos a <i>Candida albicans</i> . Se descartaron otras causas de inmunosupresión y fue tratado con fluconazol oral
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El diagnóstico de candidiasis en pacientes con factores predisponentes es crucial, ya que sin tratamiento, la candidemia tiene una tasa de mortalidad de más del 60 por ciento. La evolución favorable tras el tratamiento adecuado sugiere que la identificación temprana de infecciones fúngicas puede mejorar significativamente el pronóstico en pacientes con candidemia. Además, se debe considerar realizar el estudio secundario de órganos a los que <i>Candida</i> puede invadir por diseminación hematogénea, así como causas de inmunosupresión
PALABRAS CLAVE	<i>Candida</i> , Candidiasis, Antimicóticos
TÍTULO DEL TRABAJO	TORMENTA TIROIDEA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	b) Medicina Interna
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Sierra Cáceres Bárbara (1)
CO-AUTORES	Villalobos Aguilar Felipe (2), Huilcan Morales Jaime (3), Ancatén Elgueta Vanesa (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico Art. 9, Servicio de Salud Araucanía Sur, Hospital Abraham Godoy Peña, Lautaro. (2) Médico general de zona, Servicio de Salud Araucanía Sur, Hospital Abraham Godoy Peña, Lautaro.

(3) Médico general de zona, Servicio de Salud Araucanía Sur, CESFAM
Federico Thieme, Perquenco

INTRODUCCIÓN	La tormenta tiroidea es una emergencia endocrinológica infrecuente, pero de alta morbilidad, caracterizada por un estado de tirotoxicosis severo con compromiso multiorgánico. Su incidencia es baja (0.2–0.76 por 100.000 personas/año), pero representa hasta el 16% de los pacientes hospitalizados por tirotoxicosis, con una mortalidad entre 8– 30%. Afecta con mayor frecuencia a mujeres alrededor de los 50 años y suele desencadenarse por infecciones o condiciones agudas. El diagnóstico es clínico, no existe una prueba específica; pero la escala de Burch-Wartofsky es una herramienta útil.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 66 años, sin antecedentes relevantes, consulta por cuadro agudo de fiebre, vómitos, diaforesis, palpitaciones, disnea de esfuerzo y ángor. Al ingreso, presentaba fiebre (38.6 °C), taquicardia, hipotensión y saturación de 90% ambiental. Al examen físico destacaban exoftalmos, edema periorbitario, sudoración profusa y crépitos pulmonares basales. El electrocardiograma mostró fibrilación auricular, y la radiografía de tórax cardiomegalia y congestión pulmonar. Laboratorio: TSH 0.01, T4L 7.8, péptido natriurético 3939, enzimas hepáticas elevadas, troponina T 22, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) 4.6. Se calculó una puntuación de 65 en la escala de Burch-Wartofsky, compatible con tormenta tiroidea. Se agrega tratamiento con Hidrocortisona, metimazol y propranolol con respuesta favorable, ingresa a unidad de cuidados intensivos para complementar manejo.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La tormenta tiroidea propone un gran desafío para el médico de urgencia, al ser una emergencia de baja prevalencia y alta mortalidad. Su afección incluye signos y síntomas de tirotoxicosis con descompensación multiorgánica. Sus manifestaciones incluyen fiebre, taquicardia, signos de insuficiencia cardíaca, disfunción hepática y alteración de consciencia, por lo que su inespecificidad clínica puede dificultar el diagnóstico. Resulta clave conocer la patología para sospecharla y realizar el diagnóstico, considerando que no existen pruebas bioquímicas que nos permitan realizar un diagnóstico certero y así iniciar un tratamiento adecuado.
PALABRAS CLAVE	Tormenta Tiroidea, Tirotoxicosis, Hipertiroidismo.

TÍTULO DEL TRABAJO	ATAXIA CEREBELOS, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	CASO CLÍNICO (CC)
CATEGORÍA	G) NEUROLOGÍA
AUTOR	CARRASCO CISTERNA CAROLINA (1)
CO-AUTORES	CORTES RAMOS FELIPE (1), REYES SANTANA MAURICIO (1), BARZ OLMEDO CATALINA (2).
AFILIACIÓN	(1) MÉDICO GENERAL DE ZONA, HOSPITAL DE LOTA, LOTA (2) MÉDICA GENERAL, HOSPITAL DE LOTA, LOTA
INTRODUCCIÓN	La ataxia cerebelosa es un síndrome neurológico caracterizado por alteraciones en la coordinación motora, el equilibrio y la marcha, debido a disfunción del cerebelo o sus autoinmunes, infecciosas, tóxicas, vasculares o neoplásicas. En el contexto agudo o subagudo, las causas adquiridas cobran mayor relevancia diagnóstica, siendo fundamental una evaluación clínica y neuroimagen adecuada para orientar el estudio. La ataxia como presentación inicial puede representar un desafío diagnóstico, especialmente cuando se asocia a otras manifestaciones neurológicas o sistémicas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 53 años, con antecedente de infarto agudo al miocardio en 2019, consulta por cuadro progresivo de inestabilidad de la marcha, mareos, disartria y caídas frecuentes. El examen neurológico revela signos de disfunción cerebelosa. La evaluación inicial no muestra hallazgos estructurales relevantes; sin embargo, una resonancia y tomografía cerebral posterior evidencian atrofia cerebelosa difusa, con predominio vermiano. Durante el estudio se identifica una masa pulmonar sugestiva de neoplasia, planteándose un síndrome paraneoplásico. La lesión desaparece espontáneamente y se descarta etiología oncológica. Evaluado por neurología y broncopulmonar, persiste el compromiso neurológico, sin causa estructural, metabólica, vascular ni infecciosa demostrable. Actualmente presenta disartria escandida, dismetría, disdiadococinesia y dependencia funcional severa. Se ha planteado el diagnóstico de ataxia cerebelosa de probable origen genético, siendo la hipótesis principal un síndrome de "Ataxia Cerebelosa, Neuropatía

y Arreflexia Vestibular” (CANVAS) u otra ataxia recesiva de inicio en la adultez. El estudio molecular se encuentra en curso para esclarecer la etiología definitiva.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La ataxia cerebelosa progresiva en adultos sin etiología clara plantea un desafío diagnóstico. Este caso resalta la importancia del abordaje sistemático, incluyendo la sospecha de síndromes genéticos como CANVAS, y la necesidad de ampliar el acceso a estudios moleculares en contextos clínicos complejos.

PALABRAS CLAVE Ataxia Cerebelosa, Diagnóstico Diferencial, Disartria.

TÍTULO DEL TRABAJO ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE, IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y MANEJO PRECOZ:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA B) Medicina Interna

AUTOR Meza Chevecich Claudia (1)

CO-AUTORES Contreras Brandt Francisco (1)
Rojas Cayo Luis (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General De Zona, Hospital De Pitrufquén, Pitrufquén

INTRODUCCIÓN La Anemia Hemolítica Autoinmune (AHAI) es una enfermedad infrecuente causada por anticuerpos (Ig) dirigidos contra antígenos de la superficie de los glóbulos rojos. Se estima una incidencia de 1-3/100.000 habitantes por año. Se puede clasificar de acuerdo a las propiedades térmicas de los Ig en calientes (90%), fríos o mixta. Su presentación clínica es heterogénea, desde formas leves hasta muy graves, con tasas de mortalidad descritas del 4-11%, lo que hace fundamental su diagnóstico y manejo precoz.

PRESENTACIÓN DEL CASO Hombre de 53 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y vitiligo. Hospitalizado en contexto de cetoacidosis diabética y neumonía bacteriana, durante su estadía en servicio de medicina se pesquisa anemia aguda normocítica normocrómica, regenerativa, con caída de hemoglobina progresiva hasta 4.8 g/dL, sin exteriorización de sangrado. Dentro del estudio destaca test de Coombs positivo, haptoglobina <10 mg/dL, hiperbilirrubinemia indirecta y lactato deshidrogenasa alta, se plantea anemia hemolítica. Se transfunden glóbulos rojos y se inicia manejo con corticoides, presentando respuesta favorable con hemoglobina

estable >12 g/dL, sin signos de hemólisis. Se complementa estudio con serología viral negativa, tomografía computarizada sin evidencia de neoplasia, pruebas autoinmunes, electroforesis en sangre y orina de 24 horas más inmunofijación, estos últimos resultados pendientes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La AHAI puede ser primaria o secundaria a causas infecciosas, autoinmunes, trastornos linfoproliferativos, fármacos u otras. Su diagnóstico se plantea frente a una anemia hemolítica con test de Coombs positivo, descartando otras causas como reacción transfusional. Su tratamiento incluye soporte transfusional, manejo de la causa subyacente y corticoides por al menos 3 semanas, con tasas de respuesta de aproximadamente el 80%, como el caso descrito, donde se realizó un manejo oportuno con buena respuesta y no fue necesario derivar para manejo de segunda línea, lo cual incluye agentes inmunosupresores como rituximab o incluso esplenectomía.
PALABRAS CLAVE	Anemia Hemolítica Autoinmune, Anticuerpos, Test de Coombs
TÍTULO DEL TRABAJO	CÁNCER ANAPLÁSICO DE TIROIDES, UN DIAGNÓSTICO CON DESENLACE INEVITABLE:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Otorrinolaringología)
AUTOR	Mahuzier Campodónico Martín (1)
CO-AUTORES	Saldías Durán Diego (1), Montory Ruiz Santiago (1), Saldivia Zaror Catalina (2)
AFILIACIÓN	1)Médico General de Zona, Hospital de Santa Barbara, Santa Bárbara 2)Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción
INTRODUCCIÓN	El cáncer anaplásico de tiroides (CAT) constituye menos del 2% de los tumores tiroideos, pero destaca por su agresividad extrema. Se caracteriza por un crecimiento acelerado, invasión locorregional rápida y una elevada tasa de metástasis a distancia. Su pronóstico es sombrío, con una supervivencia media de 3 a 6 meses a pesar de los avances terapéuticos recientes.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 53 años, sin antecedentes mórbidos, con historia de masa cervical derecha de cuatro meses de evolución, de crecimiento rápido y progresivo. Desarrolla disfagia, disnea y estridor a las pocas semanas del inicio del cuadro. Se realiza tomografía computarizada (TAC) de cuello que evidencia una gran lesión masiforme, en íntimo contacto con el lóbulo derecho de la tiroides, desplazando estructuras vecinas, incluyendo tráquea y esófago. Posteriormente, se realiza TAC de tórax que muestra múltiples masas pulmonares bilaterales, la mayor de 11,5 × 10 cm, sugestivas de enfermedad metastásica. Se postulan 2 hipótesis diagnósticas principales; cáncer de tiroides y linfoma, por lo que se hospitaliza para biopsia y definir conducta con diagnóstico histológico. Antes de la intervención presenta insuficiencia respiratoria aguda por compresión de vía aérea superior, que requiere intubación orotraqueal. Se toma muestra por punción de la lesión con citología compatible con carcinoma anaplásico de tiroides. Ante este diagnóstico sin alcance terapéutico efectivo se decide extubación compasiva y paciente fallece en compañía de sus seres queridos.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso refleja la agresividad del cáncer anaplásico de tiroides y la escasa ventana terapéutica disponible. Inicialmente se consideró linfoma como diagnóstico diferencial, entidad que, aun en estadios avanzados, suele responder favorablemente a quimioterapia. De haberse tratado de esta patología, el enfoque clínico y el pronóstico habrían sido radicalmente distintos. Confirmado el CAT, sin opciones terapéuticas efectivas y con deterioro clínico irreversible, se optó por extubación compasiva, priorizando un final digno y humanizado.
PALABRAS CLAVE	Carcinoma Anaplásico de Tiroides, Neoplasias de Cabeza y Cuello, Cuidado Terminal
TÍTULO DEL TRABAJO	MANEJO DE ILEOSTOMÍAS DE ALTO DEBITO POR EL MÉDICO GENERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO :
CLASE	d) Cirugia
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Acuña Brevis, Estefanía (1)
CO-AUTORES	Bustos Sepúlveda Sebastián (1), Aguilera Jaque Roberto (1)
AFILIACIÓN	(1)Médico General de Zona, Hospital de Bulnes, Bulnes, Región de Ñuble.
INTRODUCCIÓN	Las ileostomías se indican principalmente para proteger una anastomosis distal de alto riesgo, indicándose en hasta en el 57% de los casos de

Cáncer Colorrectal (CCR) en Chile. Sin embargo, es un procedimiento que no está exento de complicaciones, dentro de los cuales la más frecuente es la Insuficiencia renal asociada a deshidratación, lo cual puede representar un verdadero desafío para el Médico General.

PRESENTACIÓN DEL CASO Se trata de persona mayor octogenaria portadora de Ileostomía, que se hospitaliza por un segundo episodio de insuficiencia renal aguda sobre crónica con acidosis e hiperkalemia, posterior a presentar 3 litros de débito diario por ileostomía. Por angioplastia reciente, se desestima reconstitución del tránsito intestinal en el corto plazo, por lo cual se indica manejo médico conservador, y se solicita evaluación a Geriátrica y Nutrición. Tras evaluación multidisciplinaria, se inicia manejo con régimen nutricional bajo en agua libre y alto en pectina, sales de rehidratación oral a tolerancia, racecadotril, omeprazol, y se titula loperamida a dosis máxima tolerable en persona mayor (20-24 mg/día). Paciente logra evolución favorable, con resolución progresiva de insuficiencia renal y de conflictos hidroelectrolíticos, con débitos por ileostomía cercanos a 1200 ml diarios. Se decide egreso con educación extensa en manejo dietario descrito, con cartilla de registro diario de débitos y educación en signos de alarma. Al control en 2 semanas, mantiene evolución favorable y manejo exitoso, con débitos cercanos a 800 ml diarios.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Por su uso frecuente en el manejo del CCR, es probable que como médicos generales nos veamos enfrentados al manejo de pacientes ileostomizados, siendo necesario conocer y manejar sus principales complicaciones, como la insuficiencia renal aguda, sobre todo si su manejo incluye medidas simples, económicas y fáciles de aplicar en nivel primario de atención en salud.

PALABRAS CLAVE Enterostomía, Ileostomía, Insuficiencia Renal.

TÍTULO DEL TRABAJO DISECCIÓN CORONARIA, DIAGNOSTICO A CONSIDERAR EN SINDROME CORONARIO AGUDO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Cofré Muñoz César (1)

CO-AUTORES Neira Piotrowski Nicole (1), Rodríguez Saavedra Hernán (1), (2) Vallejos Robles Hugo

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Coinco, Coinco. (2) Médico General de Zona, Cesfam La Floresta
INTRODUCCIÓN	La disección coronaria espontánea (DCE) se refiere a la separación de las capas de la pared de una arteria coronaria, lo que puede llevar a la formación de un hematoma intramural (IMH) y la compresión del lumen verdadero, resultando en insuficiencia coronaria y potencialmente en infarto de miocardio (IM). Afecta predominantemente a mujeres en edad media y sin factores de riesgo cardiovasculares (FRCV). Su diagnóstico se basa en Electrocardiograma, ecocardiograma y coronariografía. El objetivo del caso clínico es considerar la DCE dentro diagnósticos diferencias en dolores torácicos de paciente sin FRCV
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina 44 años sin antecedentes mórbidos ni habito tabáquico conocido, consulta por cuadro de 1 hora de dolor torácico opresivo retroesternal EVA 9/10 asociado a sensación de disnea y diaforesis. Se realiza electrocardiograma (EKG) que evidencia elevación de segmento ST anterolateral, acompañado de elevación de biomarcadores. Se decide manejo como síndrome coronario agudo y se procede a realizar coronariografía facilitada con Tenecteplasa, que evidencia Disección coronaria espontánea distal de arteria descendente anterior (disección tipo IV). Se realiza angioplastia con balón simple pero frustra, no se insiste al ser vaso distal de pequeño calibre. Posteriormente con ecocardiografía muestra Hipocinesia leve apical con buena fracción de eyección. Evolucionar con disminución de dolor y síntomas por lo que se decide mantener manejo médico y controles ambulatorios con cardiología.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La disección coronaria espontánea (DCE) es una condición infrecuente, pero con implicancias potencialmente graves. Es importante tenerla en consideración dentro de los diagnósticos diferenciales del dolor torácico, en pacientes jóvenes, mujeres y que no poseen FRCV, para realizar el manejo y diagnóstico adecuados lo antes posible. Su tratamiento va desde el manejo conservador hasta la revascularización quirúrgica. Aunque la mayoría responde al tratamiento conservador, es fundamental continuar con un seguimiento estricto debido a posibles consecuencias, que incluyen arritmias, inestabilidad hemodinámica y muerte.
PALABRAS CLAVE	Disección coronaria, Síndrome Coronario Agudo, Dolor torácico
TÍTULO DEL TRABAJO	EVALUACIÓN DEL BOCIO EN EDAD PEDIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE	Caso Clínico (CC).
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía Infantil.
AUTOR	Laytte Fuentes Francisca (1).
CO-AUTORES	Soto González Ignacio (2), Durán Merino José (2), López Díaz Bastián (2).
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Las Américas, Talca. (2) Internos de Séptimo Año de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca.
INTRODUCCIÓN	El estudio de una masa cervical en edad pediátrica conlleva un gran desafío debido a sus múltiples diagnósticos diferenciales. Entre ellos, destaca el bocio, correspondiendo a un aumento de la glándula tiroides manifestándose como un incremento del volumen cervical a nivel de la línea media. El objetivo de este reporte es adquirir herramientas diagnósticas para esta condición, con énfasis en el seguimiento y en una derivación oportuna.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 9 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en Atención Primaria por disfagia de 3 semanas al ingerir sólidos, negando cambios en la fonación. Se palpa en zona paratraqueal izquierda masa móvil de 2.5x3 cm, blanda. Niveles de Hormona Estimulante de la Tiroides (TSH) de 2.31 uUI/ml. Ecografía Tiroidea reveló bocio moderado, tiroiditis y aumento de grasa pretiroidea. Lóbulo tiroideo derecho (LTD): 4.8x2.5x2.2 cm; izquierdo (LTI): 4.3x2.3x2.1 cm. Paciente no asiste a controles perdiendo seguimiento. Tres años después, reconsulta por disfagia, persistencia de masa cervical y episodios de sudoración. Se palpa adenopatía submandibular derecha de 3x2 cm, no adherida a planos profundos, ni dolorosa. TSH en 0.008 uUI/ml y niveles de Tiroxina libre en 1.41 ng/dL. Ecografía Tiroidea revela adenitis cervical y tiroiditis crónica difusa. LTD: 2x1.9x5 cm; LTI: 1.5x1.9x4.2 cm. Se deriva a Endocrinología/Pediatría para evaluación, y se indica manejo sintomático con Propanolol de 20 mg hasta control (sugerencia de especialista). Tutora firma consentimiento informado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La evaluación del bocio debe ir dirigida a determinar su etiología, considerando síntomas compresivos y alteraciones tiroideas. Se iniciará midiendo TSH como evaluación funcional para dirigir estudios posteriores. Solicitar Ecografía Tiroidea para todo paciente con bocio es debatible, sin embargo, presenta una relación de costo-beneficio importante. El manejo depende del origen del trastorno, requiriendo

evaluación por especialista, por lo que es importante una primera evaluación precisa en Atención Primaria logrando un seguimiento adecuado.

PALABRAS CLAVE	Bocio Nodular, Glándula Tiroides, Linfadenopatía.
TÍTULO DEL TRABAJO	REPORTE DE CASO DE ENFRENTAMIENTO DE MIOPATÍA EN SERVICIO DE URGENCIA COMO DEBUT DE HIPOFOSFATEMIA AGUDA:
CLASE	Caso Clínico (CC).
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Contreras Calderón Nicolás (1)
CO-AUTORES	Rojas Garcés Belén (2), Saavedra Aedo Constanza (3), Saldías González Scarlett (3).
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Marchigüe, Marchigüe. (2) Médico General de Zona, Departamento Salud municipal Pichidegua, Pichidegua. (3) Interna de medicina, Universidad Diego Portales, Santiago.
INTRODUCCIÓN	La hipofosfatemia se define como concentración de fósforo sérico inferior a 2,5 mg/dL, siendo grave ($<1,0$ mg/dl), Se clasifica en aguda y crónica, sus principales causas son disminución en la absorción intestinal, aumento de las pérdidas renales y desplazamiento del fósforo del espacio extracelular al intracelular. La clínica de hipofosfatemia es inespecífica; frecuentemente neuromuscular y cardiorrespiratoria, habitualmente se presenta con rango menor a 2,0 mg/dL y cuando está asociada a depleción corporal de fosfato. El manejo se basa en el tratamiento de la causa y la corrección del déficit.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 30 años con antecedente de hernia lumbar. Acude a urgencias por cuadro de un mes de evolución de debilidad generalizada y mialgias intensas en extremidades inferiores, al interrogatorio dirigido niega síntomas gastrointestinales, respiratorios, urinarios y baja de peso. Al examen físico, presenta dolor a la palpación en región lumbar, signos de irradiación radicular, resto del examen físico normal. Al laboratorio: perfil hematológico, hepático, proteína C reactiva, electrolitos plasmáticos y creatina kinasa en rango normal, Creatinina 0.9mg/dl, Calcio sérico 10.3mg/dL, Fósforo sérico de 0.43 mg/dL. Se maneja con hidratación y suplementación endovenosa de fosfato monopotásico. El paciente evoluciona con clínica y con fosfatemia normal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La presentación aguda de la hipofosfatemia generalmente afecta los sistemas neuro-musculoesquelético y gastrointestinal, mientras que en contextos crónicos predomina miopatía y alteraciones de la mineralización (raquitismo/osteomalacia). El cuadro clínico permite diferenciar entre causas agudas y crónicas, así como orientar la etiología. El manejo incluye suplementación endovenosa u oral según requerimiento.

Aunque su clínica es inespecífica, en niveles muy bajos puede generar complicaciones graves e incluso muerte. Por ello, un alto índice de sospecha y la identificación de su origen son clave para implementar medidas preventivas, corregir la causa y evitar desenlaces potencialmente fatales.

PALABRAS CLAVE Fósforo, Hipofosfatemia, Miopatía.

TÍTULO DEL TRABAJO NEUMONÍA POR SPHINGOBACTERIUM MULTIVORUM MULTIRRESISTENTE. REPORTE DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Canelo Rojas Nicolás (1)

CO-AUTORES Weld Melo Catalina (1), Espinoza Correa Bastián(1), Kuri Toranzo Juan(2)

AFILIACIÓN (1)Médico General de Zona, Hospital de Purranque, Purranque. (2) Médico General Artículo 9, Hospital de Purranque, Purranque.

INTRODUCCIÓN Sphingobacterium multivorum es un bacilo gram negativo, habitualmente ambiental y es extremadamente infrecuente como causa de infecciones en humanos. En la literatura médica existen escasos reportes de este patógeno involucrado en infecciones debidamente certificadas. Generalmente afecta a pacientes con condiciones predisponentes, como inmunosupresiones, patologías oncológicas o

personas con daño pulmonar estructural. A continuación se reporta el caso de una paciente con fibrosis pulmonar, usuaria de oxígeno domiciliario, que sufre una infección por este patógeno y con un perfil de multirresistencia antibiótica.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina de 70 años con antecedentes de obesidad, diabetes, hipertensión y fibrosis pulmonar usuaria de oxígeno domiciliario. Ingresa a urgencias febril, desorientada y con exacerbación de síntomas respiratorios basales. Exámenes de ingreso evidencian leucocitosis, elevación de parámetros inflamatorios y un infiltrado intersticial grueso bilateral en la radiografía de tórax. Se realiza un cultivo de expectoración que resulta positivo para <i>sphingobacterium multivorum</i> , resistente a penicilinas, cefalosporinas de 3era generación, carbapenémicos y aminoglucósidos. En estudio de susceptibilidad, resulta sensible a cefepime, por lo cual se inicia cobertura antibiótica dirigida completando 5 días en total, logrando buena respuesta clínica y normalización de parámetros inflamatorios.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En las infecciones por <i>Sphingobacterium multivorum</i> , un aspecto crítico a considerar es la presencia de comorbilidades en los pacientes que las desarrollan, que impresionan ser un factor predisponente necesario. La literatura documenta pocos casos, y en ellos se observa un perfil de susceptibilidad antimicrobiana altamente variable. Se ha reportado una efectividad variable frente a diferentes familias de antibióticos, lo que complica su abordaje terapéutico. En el caso descrito, destaca la multirresistencia del microorganismo, lo cual refuerza la necesidad de realizar estudios microbiológicos en pacientes con condiciones predisponentes. El aislamiento e identificación precisa del agente etiológico permite guiar un tratamiento dirigido y más efectivo, lo cual es fundamental para mejorar los desenlaces en este tipo de infecciones poco frecuentes.
PALABRAS CLAVE	Comorbilidades, Factores de riesgo, Neumonía bacteriana, Resistencia a múltiples medicamentos
TÍTULO DEL TRABAJO	DOLOR TORÁCICO Y PATRÓN DE WELLENS, UNA ALERTA QUE NO PODEMOS IGNORAR, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Saravia Valderrama Juan (1)

CO-AUTORES	Hidalgo Muñoz Milton (1), Quevedo Marilao Ambar (1), Barz Olmedo Catalina (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Lota, Lota. (2) Médico integral, Hospital de Lota, Lota
INTRODUCCIÓN	El dolor torácico es una de las principales razones de consulta en los servicios de urgencias, y su diagnóstico diferencial es crucial para evitar complicaciones graves. Dentro de las diversas causas de dolor torácico, el patrón de Wellens es una condición que debe ser reconocida oportunamente, ya que está relacionado con una alta probabilidad de infarto de miocardio en las horas o días siguientes. El patrón de Wellens se caracteriza por ondas T bifásicas o profundamente invertidas en las derivaciones precordiales V2 y V3 en el electrocardiograma (ECG) e indica una estenosis crítica en la arteria coronaria descendente anterior (ADA). Identificar este patrón a tiempo permite un manejo adecuado y preventivo.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 58 años de edad, sin antecedentes mórbidos, ex fumador, consulta en urgencias de Hospital de Lota, por cuadro de 2 meses de evolución de dolor torácico en hemitórax derecho tipo puntada, intermitente, asociado a esfuerzos físicos. Se toma electrocardiograma al ingreso que evidencia T invertida simétrica en V1-V6, identificándose patrón de Wellens. Se toman biomarcadores con resultado negativo. Se deriva al Hospital Guillermo Grant Benavente, donde se realiza coronariografía evidenciando Estenosis crítica ADA proximal 95%, sin otras lesiones, se realiza angioplastia con stent farmacoactivo, sin incidentes. Paciente evoluciona de forma satisfactoria siendo dado de alta al 4° día de hospitalización.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El reconocimiento temprano del patrón de Wellens en pacientes con dolor torácico es fundamental para una intervención clínica rápida y eficaz. Dado su alto riesgo de evolución hacia infarto de miocardio, una identificación precisa y temprana del patrón mediante un electrocardiograma puede marcar la diferencia en la prevención de complicaciones graves y en la mejora de los resultados a largo plazo. Por lo tanto, los médicos deben estar capacitados para reconocer este patrón y actuar con prontitud ante su sospecha.
PALABRAS CLAVE	Dolor torácico, Estenosis coronaria, Infarto de miocardio
TÍTULO DEL TRABAJO	EMBOLIA CUTIS MEDICAMENTOSA SECUNDARIA A USO DE ACETATO DE GLATIRAMER, REPORTE DE CASO:

CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (dermatología)
AUTOR	Caris Lazo Javier (1)
CO-AUTORES	Atala Hermosilla Constanza (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Traiguén, Traiguén (2) Médica General de Zona, Departamento de Salud Municipal de Traiguén, Traiguén
TÍTULO DEL TRABAJO	EMBOLIA CUTIS MEDICAMENTOSA SECUNDARIA A USO DE ACETATO DE GLATIRAMER, REPORTE DE CASO:
INTRODUCCIÓN	La embolia cutis medicamentosa (ECM) o Síndrome de Nicolau, es una reacción adversa a medicamentos (RAM) infrecuente que se produce tras la administración de éstos vía parenteral. Se cree que ocurre por la aplicación accidental del medicamento intra o perivascular, lo que provoca vasoespasmó y trombosis, generando isquemia y necrosis localizada, que puede extenderse y dejar secuelas. Está descrito principalmente con la administración intramuscular de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y penicilina. Se presenta con dolor alrededor del sitio de inyección, eritema, placa livedoide, necrosis de la piel, del tejido subcutáneo o muscular. El diagnóstico es clínico y no hay un consenso sobre su manejo. El objetivo de este reporte es dar a conocer un caso de ECM secundario a uso de Acetato de Glatiramer (AG).
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 41 años con antecedente de esclerosis múltiple y colitis ulcerosa, usuario de AG autoinyectable 40mg. Consultó por cuadro de 1 día de dolor de inicio insidioso en muslo izquierdo, posterior a la administración subcutánea de AG en esa zona, asociado a mácula eritematosa de 3x3cm, dolorosa a la palpación. Se indicó analgesia oral y reconsultó por aparición de livideses y úlcera central de 1x1cm sin signos de infección. Se sospechó ECM, se indicó curaciones y mantener analgesia. A los 10 días presentó disminución del dolor, cierre de úlcera y cicatriz atrófica a los 3 meses. Posteriormente continuó tratamiento con AG subcutáneo, variando el sitio de inyección, sin nuevos episodios. Paciente autorizó publicación del caso.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La ECM suele ser secundaria al uso intramuscular de AINEs y penicilina, sin embargo, también puede desencadenarse tras el uso de otros medicamentos y por otras vías, como en este caso. Resulta clave conocer esta patología e incorporarla dentro de los diagnósticos diferenciales de

RAM para realizar un manejo oportuno y evitar complicaciones asociadas.

PALABRAS CLAVE	Acetato de Glatiramer, Enfermedades Cutáneas Vasculares, Síndrome de Nicolau
TÍTULO DEL TRABAJO	PERITONITIS PRIMARIA. UNA CAUSA DESCONOCIDA Y POCO FRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO EN NIÑOS:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía Infantil
AUTOR	Atala Hermosilla Constanza (1)
CO-AUTORES	Caris Lazo Javier (2) Salas Gantz Javiera (2)
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, Departamento de Salud Municipal de Traiguén, Traiguén (2) Médico General de Zona, Hospital de Traiguén, Traiguén
INTRODUCCIÓN	La peritonitis primaria es una inflamación del peritoneo producida por una infección bacteriana, sin causas subyacentes. La incidencia ha disminuido del 10% de urgencias abdominales pediátricas en 1920 a menos del 2% en los últimos reportes (1975). Se presenta con dolor abdominal, fiebre, vómitos o diarrea. Al examen físico hay signos de irritación peritoneal, confundiendo con apendicitis aguda. El diagnóstico se realiza habitualmente con laparotomía o laparoscopia. Se trata con antibióticos, puede realizarse lavado peritoneal con o sin apendicectomía. Los microorganismos más frecuentemente aislados son <i>Streptococcus pneumoniae</i> y <i>Escherichia coli</i> .
PRESENTACIÓN DEL CASO	Escolar de 8 años, mujer, con antecedente de pubertad precoz, sin antecedentes quirúrgicos. Consultó en urgencias por dolor abdominal progresivo en hipogastrio de 6 horas de evolución, cólico, sin otros síntomas. Al ingreso destacó taquicardia, distensión abdominal, sensibilidad en hipogastrio, dolor y resistencia muscular en fosa iliaca derecha. Exámenes de laboratorio revelaron leucocitosis (19.950/mm ³), se sospechó apendicitis aguda, se hospitalizó y se inició antibioterapia con amikacina y metronidazol. Se realizó apendicectomía laparoscópica, observándose signos de peritonitis, con líquido libre café-grisáceo espeso. Se tomó cultivo de líquido peritoneal intraoperatorio (positivo para <i>Streptococcus salivarius</i> y <i>Escherichia coli</i>) y urocultivo (negativo). Radiografía de tórax normal. Se planteó diagnóstico de peritonitis primaria ante ausencia de causas subyacentes. Tuvo buena evolución, sin

complicaciones postoperatorias. Se dio de alta con antibiótico oral completando 7 días. Madre autorizó publicación del caso clínico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Hay pocos estudios sobre peritonitis primaria, especialmente en niños sanos. La incidencia actual es desconocida y los reportes de casos recientes son limitados. El diagnóstico es complejo, debido a su similitud con la apendicitis aguda y que se deben observar los órganos intraabdominales para descartar otras causas, por lo que termina realizándose un diagnóstico retrospectivo. Resultaría interesante incorporar otros métodos diagnósticos para evitar cirugías innecesarias, considerando la buena respuesta al manejo médico.

PALABRAS CLAVE Abdomen Agudo, Dolor Abdominal, Peritonitis

TÍTULO DEL TRABAJO ACALASIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: SOSPECHA CLÍNICA E INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO:

CLASE D) CIRUGIA

CATEGORÍA CASO CLÍNICO (CC)

AUTOR SAN MARTÍN CANCINO ANGELINE (1)

CO-AUTORES SILVA PAREDES CONSTANZA (1), RIVANO GÁLVEZ PABLO (1)

AFILIACIÓN (1)MEDICO GENERAL DE ZONA, HOSPITAL MARCOS MACUADA, TOCOPILLA

TÍTULO DEL TRABAJO ACALASIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: SOSPECHA CLÍNICA E INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO:

INTRODUCCIÓN Acalasia, un trastorno de la motilidad esofágica por daño neuronal que produce falla de la relajación del esfínter esofágico inferior y pérdida de la peristalsis normal, provocando disfagia, baja de peso y pseudorregurgitaciones. El objetivo de este caso es visibilizar la importancia de su sospecha clínica y su impacto en la calidad de vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente hombre de 79 años consulta en varias ocasiones el año 2020 en urgencias del Hospital de Tocopilla por dolor abdominal epigástrico urgente que posteriormente se transforma a dificultad para tragar alimentos progresiva, quedando con manejo sintomático. En 2021 consulta en morbilidad, donde se interconsulta a cirugía abdominal alta del Hospital Regional de Antofagasta (HRA), quedando en lista de espera. Debido a la demora, decide realizarse particular endoscopia abdominal alta (EDA) y radiografía esófago-estómago-duodenal en enero 2022, compatibles con acalasia. Consulta con cirujano abdominal, pero no logra cirugía por motivos económicos. Presenta varios intentos de agilizar atención en HRA sin resultado, asociado a exacerbación de síntomas y baja de peso importante, que afectan su calidad de vida. En 2023 logra realizar manometría esofágica sugerente de acalasia tipo II. Finalmente, es reevaluado por cirujano abdominal con escáner de tórax, abdomen y pelvis y se programa miotomía endoscópica por vía oral en enero de 2024, la cual se realiza con evolución favorable. Paciente refiere gran cambio en su calidad de vida, aunque aún sigue trabajando para costear deudas médicas. Aún a la espera de EDA control solicitada en mayo 2024. Se requirió consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La acalasia es una patología poco frecuente cuyo diagnóstico clínico y provoca gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. Las listas de espera en Chile son una problemática crítica que va en aumento, por eso es importante una sospecha y derivación oportuna.

PALABRAS CLAVE Acalasia del Esófago, Disfagia, Reflujo gastroesofágico, Calidad de Vida, Neoplasias Esofágicas.

TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTACIÓN TARDÍA EN SÍNDROME DE LYELL. A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE CASO CLÍNICO (CC)

CATEGORÍA	B) MEDICINA INTERNA
AUTOR	HIDALGO MUÑOZ MILTON (1)
CO-AUTORES	QUEVEDO MARILAO ÁMBAR (1), CARRASCO CISTERNA CAROLINA (1)
AFILIACIÓN	(1) MÉDICO GENERAL DE ZONA, HOSPITAL DE LOTA, LOTA.
INTRODUCCIÓN	El síndrome de Lyell, conocido también como necrólisis epidérmica tóxica, es una reacción mucocutánea grave, poco frecuente y potencialmente mortal, que casi siempre es inducida por fármacos. Se caracteriza por necrosis epidérmica extensa y desprendimiento de la piel, lo que puede llevar a complicaciones severas. El reconocimiento temprano de esta condición, así como su manejo adecuado, son fundamentales para mejorar el pronóstico del paciente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 70 años con antecedentes de hipertensión y diabetes tipo 2, en tratamiento con enalapril, amlodipino y metformina, consulta en urgencias por edema generalizado de tres meses de evolución, asociado a lesiones maculares y ampulares descamativas y pruriginosas en tórax, espalda y abdomen, que han aparecido en las últimas dos semanas. No ha comenzado otros fármacos ni aumentado las dosis de los existentes, y no reporta otros síntomas. Los exámenes de laboratorio muestran anemia leve, velocidad de eritrosedimentación elevada, anticuerpos antinucleares 1/640, antígeno nuclear extraíble +, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos que reconocen la proteinasa 3 +. Se considera un diagnóstico de vasculitis versus pénfigo vulgar sobreinfectada, iniciándose tratamiento con prednisona, penicilina y clindamicina, sin embargo, la paciente presenta evolución desfavorable y dolor, con extensión de las lesiones a mucosas genitales y orales, además de falla multiorgánica, falleciendo. La biopsia evidencia necrosis epidérmica y dermis con infiltrado perivascular, compatible con necrólisis epidérmica tóxica.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso ilustra cómo la presentación inicial de los síntomas puede ser engañosa y puede llevar a un diagnóstico tardío y un manejo inadecuado, lo que a su vez puede aumentar el riesgo de complicaciones y mortalidad. La identificación y tratamiento tempranos son esenciales para mejorar el pronóstico y reducir la mortalidad asociada a esta grave condición, que puede llegar hasta un 30%. Esto resalta la necesidad de educación médica y una evaluación más efectiva de los síntomas en tales casos.
PALABRAS CLAVE	Fármacos, Edema, Necrosis.

TÍTULO DEL TRABAJO	TERATOMA EN CUERO CABELLUDO. A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	CASO CLÍNICO (CC)
CATEGORÍA	D) CIRUGÍA (CIRUGÍA MENOR) G) NEUROLOGIA/NEUROCIRUGIA
AUTOR	CORTÉS RAMOS FELIPE (1)
CO-AUTORES	SARAVIA VALDERRAMA JUAN (1), HIDALGO MUÑOZ MILTON (1)
AFILIACIÓN	(1) MÉDICO GENERAL DE ZONA, HOSPITAL DE LOTA, LOTA
INTRODUCCIÓN	Los Teratomas extragonadales (TEG) son neoplasias que se originan de las células germinales (por definición congénitos) y son extremadamente raros, representan un 0.4% de los teratomas, y dentro de este grupo los teratomas en cabeza ocupan cerca del 2-9%, luego de los teratomas sacrococcígeos. Son ligeramente más frecuentes en mujeres y dependiendo de la madurez celular histológica podrían malignizar, que en general se asocia a tumores inmaduros.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 30 años sin antecedentes previos consulta en policlínico por lesión a nivel parietal izquierdo, la cual refiere presenta desde nacimiento, con crecimiento en el último tiempo. Ecotomografía de partes blandas: "lesión solida en cuero cabelludo de la región parietal izquierda, de estirpe lipomatosa, amplio contacto con su margen profundo con la aponeurosis epicraneal, mide 39 x 8 x 25mm en sus ejes principales". Se realiza extirpación donde destaca que lesión no era bien delimitada, paredes algo gruesas, contenido graso y sebáceo asociado a abundante pelo, se envía a biopsia. Biopsia: "teratoma maduro, inmunohistoquímica compatible con tumor benigno, contenido mesenquimático y epitelial, muy rara ubicación, márgenes quirúrgicos negativos". Herida operatoria evoluciona favorable, se le explica resultado a paciente y se da alta de policlínico.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Los TEG son muy infrecuentes y su presentación clínica es muy variable. La sintomatología dependerá de su localización. La mayor bibliografía en ubicaciones cefálicas describe casos pediátricos, muchos fallecen por tamaño y afectación cerebral, en adultez es excepcional. El caso descrito es raro ya que, a pesar de describirlo desde nacimiento, no tuvo algún crecimiento importante, el diagnóstico fue histológico y con la sospecha intraoperatoria ya que la ecotomografía informó lesión totalmente distinta. El diagnóstico es histológico, ya que como vimos las imágenes (sea cual sea) puede no ser específica. El tratamiento definitivo será la

extirpación completa ya que existen posibilidades de recidiva y también malignizar.

PALABRAS CLAVE	Cuero Cabelludo, Neoplasia de Células Germinales, Teratoma.
TÍTULO DEL TRABAJO	IMPORTANCIA DEL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, ENFOQUE DESDE LA MEDICINA DEL ESTILO DE VIDA:
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA	Medicina Familiar
AUTOR	Veliz Muñoz Pamela (1)
CO-AUTORES	Parada Marambio Francisco (1), SCHIFFERLI JARAMILLO Krystel (2)
AFILIACIÓN	(1) Medico General de zona, Cesfam Lebu Norte, Lebu Norte Provincia de Arauco (2) Medico General de zona, Cesfam Cordillera Andina, Los Andes Región de Valparaíso
INTRODUCCIÓN	El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno neurológico de base biológica que afecta la interacción social y presenta intereses restringidos y repetitivos del comportamiento. Requiere un enfoque multidisciplinario adaptado a cada paciente dependiendo de su manifestación clínica. Chile, un estudio indica que la prevalencia es de 1 en 51 niños. El objetivo de presentar este caso clínico es demostrar la importancia de la medicina del estilo de vida en el manejo integral de estos pacientes, mediante pilares como la alimentación, actividad física, sueño, exposición a pantallas, sueño reparador, relaciones interpersonales y una red sólida de múltiples profesionales.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Este caso clínico destaca la evolución de un paciente masculino de 13 años con TEA, quien recibe atención de un equipo multidisciplinario en sala de neurorrehabilitación. A través de un enfoque integral en pilares de medicina del estilo de vida y en conjunto con el equipo multidisciplinario, se logró importantes avances como la alimentación, se logró mejorar su dieta, aumentando el consumo de frutas y verduras. En el ámbito social-lenguaje, se observó un avance en el reconocimiento de rostros y en la identificación de familiares, aunque el lenguaje sigue siendo un desafío. La actividad física, promovida por la kinesióloga, mejoró su coordinación y participación en deportes. Además, se abordaron problemas de sueño y

se redujo el tiempo de exposición a pantallas, fomentando un estilo de vida más saludable. Estos enfoques han contribuido a su autonomía y mejor integración familiar y escolar.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este enfoque integral combina intervenciones en diversos aspectos del estilo de vida, mejorando la calidad de vida de los pacientes con TEA. Sin embargo, muchos niños no reciben manejo adecuado para prevenir y tratar estas complicaciones. Es crucial contar con un equipo multidisciplinario que ofrezca un enfoque individualizado para mejorar los síntomas y el desarrollo integral de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE Estilo de vida saludable, Grupo de atención al paciente, Medicina familiar y comunitaria, Pediatría, Trastorno del espectro autista

TÍTULO DEL TRABAJO HEPATOTOXICIDAD INDUCIDA POR FÁRMACOS SECUNDARIA A AMOXICILINA - ÁCIDO CLAVULÁNICO, REPORTE DE CASO:

CLASE b) Medicina Interna

CATEGORÍA Caso Clínico (CC)

AUTOR Wallach Weinstein Arieih (1)

CO-AUTORES Labarca Fernandez Margarita (1), Martínez Figueroa Francisco (1), Pérez Williamson Magdalena (2)

AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, Hospital De Gorbea SSAS, Gorbea (2) Médico EDF, Hospital Santa Isabel de Lebu, SS Arauco, Lebu
INTRODUCCIÓN	La combinación amoxicilina - ácido clavulánico (AC), antibiótico de amplio espectro, es una alternativa frecuentemente utilizada para tratar infecciones bacterianas respiratorias, cutáneas o urinarias. El AC es la primera causa mundial de hepatotoxicidad inducida por fármacos (HIF). Mediante el presente se da a conocer un caso variante a lo descrito en la literatura según su tiempo de evolución y patrón de compromiso hepático.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina de 91 años, con antecedentes de Hipertensión, Dislipidemia, Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad Renal Crónica, Cáncer Colorrectal en remisión y Demencia, evaluada por compromiso del estado general y desorientación. Por clínica compatible con Neumonía inician tratamiento con AC empírico. Al sexto día de tratamiento toman exámenes, destaca hepatitis de patrón hepatocelular, relación transaminasa glutámico pirúvica (GPT) / fosfatasa alcalina (FA) >5, elevación discretas de amilasa y lipasa, sin hiperbilirrubinemia, sin elevación de parámetros inflamatorios, coagulopatía, compromiso de función renal o PRO-BNP. Se suspenden AC y fármacos crónicos hepatotóxicos y se amplía estudio. Radiografía de tórax descarta neumonía, ecografía abdominal descarta lesiones hepáticas y vesiculares, marcadores tumorales y serologías viral/autoinmune negativas. Evoluciona con resolución del cuadro en 14 días. Representante firma consentimiento informado para caso clínico.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	HIF secundario a AC es una entidad infrecuente, habitualmente con resolución espontánea semanas posterior a la suspensión del fármaco. Sin embargo, en ocasiones puede evolucionar de forma tórpida con resultados secuelares. Su alta variabilidad en la latencia para el inicio del cuadro posterior a la exposición a AC presenta un desafío en el diagnóstico. Habitualmente descrita como hepatitis de patrón colestásico con elevados niveles de hiperbilirrubinemia que persisten por semanas, sin embargo, su presentación podría variar, habitualmente siendo el patrón hepatocelular y la coagulopatía marcadores de severidad. Se hace relevante la difusión y conocimiento de dicha patología, en especial en pacientes adultos mayores y cirróticos, propensos a cursar por el cuadro.
PALABRAS CLAVE	Hepatitis, Enfermedad Hepática Inducida por Sustancias y Drogas, Combinación Amoxicilina-Clavulanato de Potasio, Gastroenterología

TÍTULO DEL TRABAJO	URINOMA, UNA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Urología)
AUTOR	Neira Piotrowski Nicole (1)
CO-AUTORES	Cofré Muñoz César (1), Jara Carrasco Scarleth (1), Melo Hernández Josefa (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Coinco, Coinco.
INTRODUCCIÓN	El dolor abdominal es un síntoma que puede ser causado por diferentes etiologías, uno de los menos frecuentes, pero que hay que considerar es el urinoma, esta patología se define como la acumulación de orina en la fascia perirrenal, que puede ser causado por una obstrucción o pérdida de continuidad en la vía urinaria, requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno para prevenir complicaciones, como daño renal, sepsis, entre otros. El objetivo de este caso clínico es destacar la importancia de considerar el urinoma dentro de los diagnósticos diferenciales de pacientes con dolor abdominal.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 21 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por presentar cuadro clínico de un año de evolución caracterizado con dolor y distensión abdominal, vómitos y baja de peso no cuantificada. Al examen físico abdomen muy distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho. Sin signos de irritación peritoneal. Se solicita estudio con exámenes y ecografía abdominal, destaca probable masa quística con áreas de pseudooclusión intestinal crónica. Se solicita Scanner de tórax, abdomen y pelvis con contraste que informa una gran masa quística lobulada y tabicada tamaño de 40 por 30 centímetros en la cavidad abdomino pelviana del lado derecho. Es diagnosticado con Urinoma. Es evaluado por Urología, realizan nefrostomía percutánea derecha, drenando 10 litros aproximadamente.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El urinoma es una causa infrecuente de dolor abdominal que es diagnosticado tardíamente, ya que puede ser asintomático o presentar síntomas inespecíficos que progresan de forma gradual. Realizar un diagnóstico precoz mediante imágenes es fundamental para obtener un mejor pronóstico. El tratamiento generalmente es con un drenaje percutáneo, pero en algunos casos es necesario realizar una nefrostomía. Existen diversas causas de dolor abdominal, por esto es relevante realizar

una evaluación integral y complementar el estudio con exámenes e imágenes para confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento oportuno.

PALABRAS CLAVE	Dolor abdominal, Nefrostomía, Urinoma		
TÍTULO DEL TRABAJO	ISQUEMIA CRÍTICA AGUDIZADA POR TROMBOSIS AORTO-ILIACA EXTENSA, REPORTE DE UN CASO:		
CLASE	d) Cirugía		
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)		
AUTOR	Puentes Espejo Juan(1)		
CO-AUTORES	Jara	Sepúlveda	Marcos (1)
	Cancino Gómez Ítalo(1)		
AFILIACIÓN	(1) Médicos Generales de Zona, Hospital Marcos Macuada, Tocopilla, Chile		
INTRODUCCIÓN	La isquemia arterial aguda de extremidades es una urgencia vascular que requiere diagnóstico y manejo oportuno para evitar amputación o muerte. Su incidencia estimada es 1.5/10.000 personas/año. La falta de acceso a cirugía vascular en zonas rurales o extremas puede retrasar el tratamiento y empeorar el pronóstico. Se presenta un caso resuelto quirúrgicamente tras trombosis extensa aorto-iliaca en paciente sintomática.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 59 años, hipertensa y fumadora activa (índice paquetes-año de 45), con antecedentes de claudicación intermitente severa, consulta en servicio de urgencias por dolor súbito, parestesias y frialdad en extremidad inferior derecha. Al examen físico presentaba pie frío, livideces distales, pulsos pedios ausentes y llenado capilar lento. Se sospecha isquemia arterial aguda, se inicia anticoagulación con heparina, además de administrar aspirina y atorvastatina. Fue derivada a Hospital Regional donde se le practicó tomografía (AngioTC) que evidenció trombosis de aorta infrarrenal, iliacas comunes e internas bilaterales, estenosis oclusiva femoral superficial en ambas extremidades además de infarto renal izquierdo parcial. Finalmente se resolvió mediante bypass aortobifemoral con prótesis de Dacron. Evolucionó favorablemente y fue dada de alta con seguimiento en cirugía vascular.		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso muestra la necesidad de una alta sospecha clínica de isquemia aguda en pacientes con enfermedad vascular crónica. El inicio precoz de anticoagulación en hospitales sin especialidad puede ser determinante.		

La resolución quirúrgica debe priorizarse en pacientes con isquemia aguda sobre enfermedad crónica avanzada. Se destaca la relevancia del manejo coordinado entre hospital comunitario y centro de alta complejidad para reducir morbilidad y mortalidad.

PALABRAS CLAVE Trombosis, Isquemia Crónica que Amenaza las Extremidades, Enfermedad Arterial Periférica

TÍTULO DEL TRABAJO SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO, SOSPECHA Y MANEJO INICIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA A) Medicina Familiar

AUTOR Muñoz Pizarro María Gabriela (1)

CO-AUTORES Castro Julia Felipe (2), Steele Gabriella (3)

AFILIACIÓN (1) Médica General de Zona, Centro de Salud Familiar El Palqui, Monte Patria, Servicio de Salud Coquimbo.
(2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar El Palqui, Monte Patria, Servicio de Salud Coquimbo.
(3) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Monte Patria, Monte Patria, Servicio de Salud Coquimbo.

INTRODUCCIÓN El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una reacción adversa infrecuente y potencialmente letal a antagonistas dopaminérgicos como los antipsicóticos, causado por la reducción de la actividad dopaminérgica central por bloqueos de los receptores D2 en vías nigroestriadas e hipotalámicas. Su diagnóstico es clínico apoyado por laboratorio y el reconocimiento precoz disminuye la mortalidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO Mujer 39 años, con discapacidad intelectual severa de probable causa genética no estudiada, presenta cuadro de auto-hetero agresividad, hiperfagia, insomnio y oposicionismo. En consultoría psiquiátrica indican haloperidol 1 mg/noche. Acude a urgencia rural con rigidez, temblor en extremidades, diaforesis, sensación febril. Al examen: taquicardia, temperatura 39,3°C asociado a mutismo y sialorrea. Inicio coincidente a uso de haloperidol. Por sospecha SNM indican diazepam 10 mg intramuscular. Se deriva al Hospital de Ovalle. Del laboratorio destaca CK-total 1753(CK), CK-MB 64. Ingresa a Cuidados Intensivos, se confirma SNM. Tomografía de cerebro: sin lesiones agudas. Electroencefalograma: sin colaboración. Evoluciona con disminución de CK total recuperación

de basal neurológico. Egresada con: Lorazepam 2 mg c/8 horas, ácido valproico 200 mg c/12 horas, zopiclona 7,5 mg c/24 horas y prohibición de antipsicóticos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES SNM es una emergencia con incidencia de ~0,06–1,4% con antipsicóticos típicos de 0,2% y que ha disminuido a 0,01-0,03% con los atípicos; mortalidad del 5–10%. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, el DSM-5 exige criterios: exposición reciente a un antagonista dopaminérgico, rigidez muscular severa y fiebre elevada, junto con al menos 2 de los siguientes: diaforesis, disfagia, temblor, incontinencia, alteración de la conciencia e inestabilidad de la presión arterial o taquicardia, elevación de CK o leucocitos. En este caso haldol fue de elección por el síndrome metabólico de la paciente. Es incierto si la dosis fue respetada por la cuidadora. La sospecha permitió la atención oportuna y el buen resultado.

PALABRAS CLAVE Antipsicóticos, Discapacidad Intelectual, síndrome neuroléptico maligno, Atención Primaria de Salud

TÍTULO DEL TRABAJO DEL APENDAGITIS EPIPLOICA, UNA CAUSA INFRECIENTE DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO:

CLASE Caso clínico

CATEGORÍA d) Cirugía

AUTOR Barría Álvarez Nicolás (1)

CO-AUTORES	Laborde Ramírez Nafissa (2), Cortés Zumelzo Matías (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CECOSF de Riñinahue, Lago Ranco (2) Médico General de Zona, CESFAM de Los Lagos, Los Lagos (3) Médico General de Zona, CESFAM San José de la Mariquina, San José de la Mariquina
INTRODUCCIÓN	La apendagitis epiploica (AE) es una patología infrecuente que se presenta con dolor abdominal agudo, por lo que se debe realizar un diagnóstico diferencial con patologías urgentes e incluso quirúrgicas. Los hallazgos por tomografía computada (TC) son característicos y nos permiten realizar el diagnóstico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Usuaría sexo femenino, 60 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por dolor abdominal de 12 horas de evolución, localizado en hemiabdomen izquierdo, constante, intensidad en escala numérica hasta 7/10, asociado a náuseas. Al examen destacan signos vitales en rango normal y abdomen sensible a la palpación en hemiabdomen izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. Laboratorio hemograma, proteína C reactiva, perfil bioquímico en rango normal. Se solicita TC para diagnóstico diferencial, que describe en hipocondrio izquierdo, anterior a colon transversal, lesión ovoidea de densidad grasa de 17mm, asociada a cambios inflamatorios regionales, sugerente de apendagitis epiploica. Se indica manejo ambulatorio con analgesia. Evoluciona con control del dolor, sin complicaciones. Se adjunta consentimiento informado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La AE es un proceso inflamatorio que afecta los apéndices epiploicos. Ocurre con mayor frecuencia en hombres y en la cuarta/quinta década de vida. Clínicamente se caracteriza por un dolor abdominal agudo, de inicio súbito, localizado generalmente en cuadrante inferior izquierdo. Se pueden asociar náuseas, vómitos y sensación febril. La ausencia de datos clínicos patognomónicos hace que el diagnóstico de esta entidad sea un desafío, pero el mayor uso de la TC en la evaluación del dolor abdominal agudo ha permitido precisar su diagnóstico, como en nuestro caso. El diagnóstico diferencial incluye generalmente apendicitis aguda, diverticulitis aguda y gastritis aguda. En la mayoría de los pacientes es un cuadro autolimitado que se resuelve en 10-14 días, siendo únicamente necesaria la indicación de antiinflamatorios. Las complicaciones son infrecuentes y se describe peritonitis, obstrucción intestinal, abscesos e invaginación intestinal.
PALABRAS CLAVE	Abdomen Agudo, Dolor Abdominal, Dolor Agudo

TÍTULO DEL TRABAJO	SUBLUXACIÓN FEMOROTIBIAL VOLUNTARIA: REPORTE DE UN CASO:		
CLASE	Especialidades - Traumatología Infantil		
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)		
AUTOR	(1) Yáñez Moraga Pamela		
CO-AUTORES	(2) Gómez Arancibia	Valentina	
	(3) Lazcano Araneda Claudia		
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, CESFAM Cordillera Andina, Los Andes (2) Médico general de zona, Hospital San Juan de Dios de Vicuña, Vicuña (3) Médico general de zona, CESFAM Puerto Aysén, Puerto Aysén		
INTRODUCCIÓN	Subluxación femorotibial voluntaria o snapping knee es un hallazgo pediátrico raro que se encuentra predominantemente en lactantes. La clínica es muy llamativa y suele asustar a los padres, es una entidad benigna que en la mayoría de los casos resuelve espontáneamente sin dejar secuelas. A continuación se busca exponer un caso de snapping knee para el reconocimiento de la patología para médicos generales.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Lactante menor de 8 meses de edad, sin antecedentes de importancia, acude a control por chasquido en la articulación de rodilla izquierda a la flexo- extensión, ocurre durante gran parte del día y no impresiona doloroso, pero genera gran alerta en padres. Sin antecedentes de golpes o caídas previas. Al examen físico evidente chasquido solo en rodilla izquierda al realizar flexo extensión, sin aumento de volumen, lesiones en piel, ni otros hallazgos. Se explica hipótesis diagnóstica y se cita a control en 4 meses más. Al control, paciente se encuentra caminando con apoyo, padres refieren que el chasquido disminuyó al iniciar la bipedestación y desapareció por completo al iniciar la marcha. Actualmente sin hallazgos en el examen físico		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Snapping knee se presenta como un fenómeno dinámico con un chasquido audible unilateral o bilateral de la rodilla, a menudo en un contexto de fatiga o irritación al final del día. Es una condición rara y benigna que a menudo se resuelve espontáneamente sin secuelas. Sin embargo, se debe considerar el riesgo de desgarro del menisco si las subluxaciones no cesan. Constituye una entidad poco descrita en la bibliografía, pero que puede presentarse en los controles de lactantes en atención primaria, siendo necesaria más investigación al respecto.		

PALABRAS CLAVE	Articulación Tibiofemoral, Luxaciones Articulares, Luxación de la Rodilla
TÍTULO DEL TRABAJO	ANGIOMIOLIPOMA RENAL CON INVASIÓN A VENA RENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	H) especialidades (urología)
AUTOR	Sobarzo Negüe Macarena (1)
CO-AUTORES	Salazar Barros Daniela (2), Vidal Gutiérrez Claudio (2), Reyes Maldonado Cristobal (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, Servicio de Salud Araucanía Sur, Cesfam Cajón, Vilcún. (2) Médico EDF, Servicio de Salud Araucanía Sur, Hospital Abraham Godoy Peña, Lautaro. (3) Médico Radiólogo, Servicio de Salud Araucanía Sur, Hospital Abraham Godoy Peña, Lautaro.
INTRODUCCIÓN	Los angiomiolipomas renales (AML) son un tipo de neoplasia renal benigna que se puede presentar aislada (80%) o en contexto de esclerosis tuberosa, más frecuentemente en mujeres adultas (4:1), promedio 40 años, con incidencia de 0,1 a 0,3% de la población. Se componen de elementos vasculares, músculo liso y tejido adiposo, generalmente asintomático (60%), pudiendo presentar hemorragia espontánea o trombos que puede ser mortal, siendo fundamental la sospecha clínica en el momento oportuno, razón por la que es importante la revisión de este caso.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Previo consentimiento informado. Femenina de 37 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por un día de evolución de dolor en flanco izquierdo asociado a síntomas neurovegetativos y hematuria. A su ingreso destaca estable hemodinámicamente, afebril. Exámenes de laboratorio con parámetros inflamatorios levemente elevados, sin falla renal. Tomografía computarizada (TC) abdomen y pelvis demuestra tumor renal izquierdo de 7 cm aspecto angiomiolipoma con signos de hemorragia y trombo en vena renal, cava inferior hasta retrohepático. Evoluciona con disnea, evidenciando embolia pulmonar. Se realiza resolución quirúrgica, con trombectomía y biopsia que confirma el diagnóstico.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Su hallazgo suele ser incidental, siendo la TC imagen diagnóstica, si se requiere mayor caracterización se prefiere resonancia, principalmente en

pobres en tejido adiposo. La mayoría son asintomáticos y sin tratamiento de rutina, sin embargo, los tumores mayores a 4 cm se consideran grandes y con riesgo de complicaciones muy infrecuentes (menos de 100 casos publicados) como invasión vascular renal que puede extenderse intracardiaco y provocar embolias pulmonares. Además, hasta el 15% presentan hemorragia retroperitoneal espontánea conocida como “síndrome de Wunderlich”, que puede ser grave y causar shock en 1/3 de casos, siendo potencialmente mortal, por lo que es fundamental la sospecha clínica precoz para un manejo oportuno y prevenir las complicaciones letales.

PALABRAS CLAVE	Angiomiolipoma, Dolor abdominal, Hematuria.
TÍTULO DEL TRABAJO	SINUSITIS RESISTENTE A TRATAMIENTO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE VASCULITIS: REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Especialidades - Otorrinolaringología
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Gómez Arancibia Valentina (1)
CO-AUTORES	Lazcano Araneda Claudia (2) Yáñez Moraga Pamela (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Hospital San Juan de Dios de Vicuña (2) Médico general de zona, CESFAM Puerto Aysén (3) Médico general de zona, CESFAM Cordillera Andina - Los Andes
INTRODUCCIÓN	La sinusitis es una condición frecuente, puede tener distintas causas tanto agudas como crónicas. El sistema respiratorio puede verse afectado en todos los tipos de vasculitis sistémica con diferente gravedad y frecuencia, pero las vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (VAA), afectan el tracto respiratorio con mayor frecuencia que otros tipos de vasculitis; pudiendo ser el primer síntoma de la enfermedad. A continuación se expone un caso de VAA cuya primera manifestación fue una sinusitis refractaria a tratamiento.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 52 años, sin antecedentes clínicos de importancia, refiere cuadro de cefalea y congestión nasal, diagnóstico de sinusitis confirmada por tomografía computarizada, relata completar tratamiento antibiótico por 15 días con amoxicilina y 14 días con levofloxacino, pese a esto sin mejoría clínica, al cuadro se agrega dolor ocular izquierdo a la movilización. Consulta con otorrinolaringólogo quien describe fosa nasal

izquierda friable, se aspira pus de meato medio de fosa nasal izquierda, con aumento de dolor a la movilidad ocular por lo que se decide hospitalizar. Se ingresa a pabellón donde se hallan costras necróticas y se envía a biopsia rápida con resultado de focos de tipo vasculíticos. Paciente finalmente con diagnóstico VAA de tipo poliangeítis granulomatosa, en seguimiento por reumatología.

DISCUSIÓN	Y	Las VAA son un grupo de vasculitis necrosantes sistémicas primarias y poco frecuentes de pequeños vasos. La granulomatosis con poliangeítis y la poliangeítis microscópica representan aproximadamente el 80-90 % de todas las VAA. La exposición al polvo de sílice, la agricultura y la portación nasal crónica de <i>Staphylococcus aureus</i> se asocia con un mayor riesgo de desarrollar VAA. La granulomatosis con poliangeítis siempre se asocia con afectación del tracto respiratorio superior o inferior. Es un diagnóstico a tener en consideración al encontrar patologías de vía respiratoria superior que no responden a tratamientos habituales, requiriendo evaluación por especialidad.
CONCLUSIONES		
PALABRAS CLAVE		Granulomatosis con Poliangeítis, Sinusitis, Vasculitis Asociada a Anticuerpos Citoplasmáticos Antineutrófilos

TÍTULO DEL TRABAJO	DEL MANEJO CONSERVADOR DE TRAUMA CERVICAL CONTUSO. A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	d) Cirugía

AUTOR	López Godoy Catalina (1)
CO-AUTORES	Latorre Barbano Martina (2), Barra Cortés Magdalena (3)
AFILIACIÓN	(1) Médica general de zona, Hospital de Chanco, Chanco. (2) Médica general de zona, Hospital de Curacaví, Curacaví. (3) Médica general de zona, CESFAM Dalcahue, Dalcahue.
INTRODUCCIÓN	Las lesiones traumáticas de cuello son de baja frecuencia y alta morbimortalidad. En relación al mecanismo, pocos estudios hacen referencia al traumatismo contuso. De estos, el estrangulamiento y accidentes de tráfico son los más frecuentes. En este sentido presentamos un caso de trauma cervical con un mecanismo poco habitual, en contexto rural, y su manejo.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente obeso de 53 años consulta por 3 horas de evolución dolor cervical, disfagia y disfonía como consecuencia de caída en estado de ebriedad mientras cabalgaba caballo, recibiendo al caer impacto de la zona trasera del animal sobre él, específicamente en su cuello. Ingresa con signos vitales normales y aumento de volumen en triángulo anterior izquierdo, no pulsátil, sin enfisema subcutáneo palpable. Radiografía muestra signos de enfisema en planos cervicales. En espera de informe tomografía computada (TC), evoluciona transitoriamente con bajos requerimientos de oxígeno. TC informa signos de una lesión traumática del espacio faringomucoso y visceral, con signos sugerentes de un pseudoaneurisma adyacente al espacio visceral y la hipofaringe, extenso enfisema cervical profundo, incluyendo en el espacio retrofaríngeo. AngioTC vasos de cuello descarta pseudoaneurisma. En exámenes destaca leucocitosis y trombocitopenia, se indica antibioticoterapia parenteral. Evaluación por especialidad (otorrinolaringología) refiere hospitalizar para observación. Completa 3 días con evolución favorable indicándose antibioticoterapia enteral y seguimiento ambulatorio.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El manejo del trauma cervical ha evolucionado y se encuentra aún en discusión, incluyendo el manejo conservador en pacientes seleccionados. El trauma cervical contuso produce menos lesiones y tienen menos complicaciones que los traumatismos penetrantes. Así, el caso descrito corresponde a un manejo conservador asociado a estudios no invasivos que resulta efectivo y seguro dando resolución rápida al paciente, evolucionando sin complicaciones inmediatas.

PALABRAS CLAVE	Lesiones cervicales, Trauma contuso, Trauma rural
TÍTULO DEL TRABAJO	MANEJO COSTO EFECTIVO DE VERRUGAS EN ATENCIÓN PRIMARIA:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	a) Medicina Familiar
AUTOR	Castro Julia Felipe (1)
CO-AUTORES	Steele Gabriella (2), Muñoz Pizarro María Gabriela (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM El Palqui, Monte Patria, Servicio de Salud Coquimbo (2) Médica General de Zona, CESFAM Monte Patria, Monte Patria, Servicio de Salud Coquimbo (3) Médica General de Zona, CESFAM El Palqui, Monte Patria, Servicio de Salud Coquimbo
INTRODUCCIÓN	Las Verrugas planas son lesiones cutáneas virales que se asocian a la infección por el virus papiloma humano tipo 3 y 10. En población escolar la prevalencia de verrugas puede llegar hasta 30 %. Se diferencian de las verrugas vegetativas típicas, estas se presentan como placas lisas pequeñas, de color de piel o levemente pigmentadas. El tratamiento consiste en la destrucción de las células afectadas mediante diversas modalidades, como el nitrógeno líquido (crioterapia), láser y fototerapia dentro de otros, sin embargo el acceso a estas está limitado por el precio de una consulta dermatológica. Se presenta un caso de verruga plana donde el uso de quimioexfoliación con un preparado magistral de ácido retinoico logra resultados similares con menor costo.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 14 años sin antecedentes mórbidos, con cuadro de 7 años de placas hiperpigmentadas lisas en su frente. Al examen físico se aprecian 7 placas solevantadas lisas de hasta 4x4 mm, sin dolor a la palpación ni descamación. Se deriva a teledermatología como sospecha de verruga plana. El dermatólogo interconsultor confirma el diagnóstico y sugiere manejo con un preparado magistral de ácido retinoico 0.025%, con aplicación diaria por 2 meses, logrando resolución sintomática. El tratamiento completo resultó con costo de alrededor de 10 mil pesos.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Debido a la escasez de especialistas actualmente en Chile, el costo de una consulta de dermatología puede llegar hasta 40 mil pesos o más y ser derivado por sistema público a una atención de dermatólogo puede tener

una espera de hasta varios años. Es por esto que el uso de terapias autoaplicadas, ya sea preparados magistrales o comerciales, es muy útil a la hora de fomentar la resolutiveidad de las consultas en atención primaria además que presentan una eficacia similar para la resolución de la verruga con un costo de hasta 4 veces menor.

PALABRAS CLAVE Verruga, Quimioexfoliación, Preparaciones Farmacéuticas, Ahorro de Costo, Atención primaria en salud

TÍTULO DEL TRABAJO MONONEUROPATÍA DE PAR CRANEAL EN CONTEXTO DE DEBUT DIABÉTICO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA g) Neurología

AUTOR Vilches Aracena Camilo (1)

CO-AUTORES Delgado Alcalde Cecilia (1), Schuller Martínez Matías (1), Cohen Martínez Haim (2).

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Placilla, Valparaíso.
(2) Interno de séptimo año de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar.

TÍTULO DEL TRABAJO MONONEUROPATÍA DE PAR CRANEAL EN CONTEXTO DE DEBUT DIABÉTICO:

INTRODUCCIÓN Según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, la prevalencia de Diabetes Mellitus en mayores de 15 años es de un 12,3%. Dentro de sus complicaciones puede estar la neuropatía de pares craneales, mayormente de oculomotores. En el caso del VI par, puede producir paresia o parálisis del músculo recto lateral, súbita, unilateral, con dolor ocular, cefalea frontotemporal y diplopía.

PRESENTACIÓN DEL CASO Mujer de 70 años, quien firma consentimiento informado, con antecedente de cirrosis hepática autoinmune. Presenta cuadro de dos semanas de evolución de cefalea hemicránea derecha y diplopía. Evaluada por oftalmólogo particular, se realiza resonancia magnética de encéfalo con énfasis en fosa posterior, que muestra trayecto de ambos sextos pares de aspecto normal, con pequeños focos aislados hiperintensos de sustancia blanca subcorticales frontales y subinsulares, con aspecto de gliosis inespecífica. Por glicemia de ayuna sobre rango, se diagnóstica parálisis de VI par derecho en contexto de debut diabético. Se inicia metformina vía oral y se deriva a atención primaria. Por

persistencia de cuadro, se realiza interconsulta a neurología para completar estudio diferencial. Neurólogo concluye paresia VI par derecho resuelta de causa metabólica. Se da de alta con indicación de manejo integral de sus patologías de base.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Si bien existen varias causas de mononeuropatías de pares craneales, hay una alta asociación con diabetes descompensada; incluso, podría ser la primera manifestación de la enfermedad. De todas formas, es importante el diagnóstico diferencial, requiriendo en algunos casos evaluación por especialista. En caso de confirmar origen metabólico, se debe realizar control integral estricto para lograr su compensación. Esta alteración suele remitir en un período de 6 semanas a 5 meses, la mayoría de las veces de forma total.

PALABRAS CLAVE Diabetes Mellitus, Mononeuropatías, Diplopía

TÍTULO DEL TRABAJO PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA h) Especialidades (dermatología)

AUTOR Viveros Zambrano Sandra (1)

CO-AUTORES

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Alto del Carmen, Alto del Carmen

INTRODUCCIÓN La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica de carácter inmunomediado y que compromete principalmente la piel. A nivel mundial afecta aproximadamente a 125 millones de personas y, en Chile, se ha identificado una incidencia de 22.1 a 22.7 por 100.000 habitantes. Esta enfermedad no está exenta de complicaciones físicas, sino también psicológicas debido a su extensión y diferentes formas de expresión. En el caso que se presenta a continuación, se trata de Psoriasis Pustulosa Generalizada Aguda la cual propone un desafío de manejo en la atención primaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO Masculino 65 años con antecedentes de psoriasis en tratamiento con metotrexato, ácido fólico y clobetazol en ungüento. Ingresa al servicio de urgencias por cuadro de 5 días de evolución de placas eritemato-escamosas asociadas a dolor de intensidad en Escala Visual Análoga (EVA) 10/10, fiebre y compromiso del estado general. Al examen físico se

evidenció placas psoriáticas abundantes asociadas a eritrodermia perilesional, pústulas con exudado de mal olor de distribución generalizada y muy sensibles al tacto. Se derivó a centro de atención secundaria, donde se toman exámenes evidenciando un recuento de leucocitos de 26.510 y proteína C reactiva de 79; por lo que se decide hospitalizar para manejo con inmunomodulador (ciclosporina); sin embargo el paciente no toleró la terapia. Se inició tratamiento combinado con antibioticoterapia: hidroxiclороquina, metotrexato y cotrimoxazol forte; logrando una buena respuesta con una resolución completa de las lesiones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Esta patología puede asociarse a complicaciones sistémicas (ejemplo, trombosis venosa profunda) y, entre sus desencadenantes, están las infecciones estreptocócicas, como lo ocurrido en el caso descrito. Actualmente, los medicamentos biológicos de uso subcutáneo han revolucionado el tratamiento de la psoriasis y sus complicaciones; sin embargo, el acceso a ellos todavía es un desafío para la salud pública en Chile, estando solo disponible para la artritis psoriática bajo la ley Ricarte Soto.

PALABRAS CLAVE Enfermedad Crónica, Manejo de la Enfermedad, Psoriasis

TÍTULO DEL TRABAJO INFECCIÓN DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA, UNA COMPLICACIÓN TEMIDA:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA H) Especialidades

AUTOR

Álvarez Orellana Álvaro (1)

CO-AUTORES

Astete Bórquez Carlos (1), Romero Chaparro Francisco (1), Montoya Bernal Ivan (2)

AFILIACIÓN

(1) Médico General de Zona, Hospital Comunitario y Familiar de Nacimiento,
(2) Médico General, Hospital Comunitario y Familiar de Nacimiento, Nacimiento

INTRODUCCIÓN

La artroplastia total de rodilla (ATR) es un procedimiento frecuente en gonartrosis avanzada, con más de 650.000 intervenciones primarias anuales y un aumento del 160% en las últimas dos décadas. La infección es una de las complicaciones más temidas afecta al 1-2 % de los casos y de no identificarse precozmente, puede comprometer el resultado funcional y requerir tratamientos prolongados. La implementación de medidas profilácticas, diagnóstico temprano y la optimización de la técnica quirúrgica son fundamentales para reducir la morbilidad. Describe un caso de infección superficial de herida tras ATR en un paciente con múltiples comorbilidades, logrado controlar con tratamiento médico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia y artrosis, alérgico a diclofenaco. Se realizó ATR izquierda por gonartrosis. Durante su postoperatorio es derivado a hospital de baja complejidad para rehabilitación donde evoluciona con eritema, calor local y elevación de parámetros inflamatorios (PCR 268 mg/L, VHS 98 mm/h), por lo que es derivado al equipo de traumatología con diagnóstico de complicación de herida operatoria. Ecografía con punción articular con ausencia de derrame, se confirmó diagnóstico de infección superficial de herida operatoria. Se inició antibioterapia empírica con cefazolina y clindamicina durante 11 días con buena respuesta, PCR descendió a 23 mg/L clínicamente afebril, con rango de movilidad conservada y sin signos de compromiso sistémico. Se otorgó alta con indicación de seguimiento, rehabilitación en atención primaria, se firma consentimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las infecciones superficiales tras ATR predominan en pacientes con DM2, obesidad u otras comorbilidades. La detección temprana y el tratamiento antibiótico dirigido evitan intervenciones quirúrgicas mayores.

Este caso subraya que un seguimiento clínico y de marcadores inflamatorios permite distinguir entre infección superficial y protésica. La coordinación entre cirugía y atención primaria es clave para un postoperatorio seguro y eficaz.

PALABRAS CLAVE	Artroplastia, Herida, Infección, Prótesis,
TÍTULO DEL TRABAJO	“DEGENERACIÓN HEPATOCEREBRAL ADQUIRIDA SECUNDARIA A CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSADA: REPORTE DE UN CASO:”
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	g) Neurología
AUTOR	Carrasco Delgado Diego (1)
CO-AUTORES	Riveros Vilches Camila (2), Álvarez Olguín Natalia (3), Álvarez Olguín Sofía (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Universidad de Valparaíso, CESFAM YOBILLO, Coronel, Región del Bio Bio (2) Interna de Medicina, Servicio de Medicina Interna, Hospital San Camilo, Universidad de Valparaíso, San Felipe (3) Interna de Medicina, Servicio de Medicina Interna, Hospital San Camilo, Universidad de Valparaíso, San Felipe (4) Interna de Medicina, Servicio de Medicina Interna, Hospital San Camilo, Universidad de Valparaíso, San Felipe
INTRODUCCIÓN	La degeneración hepatocerebral adquirida es una complicación neurológica de la hepatopatía crónica avanzada. La prevalencia es de aproximadamente un 0.8% en pacientes con cirrosis hepática, y parece estar relacionada principalmente con la presencia de derivaciones portosistémicas. Su fisiopatología central implica el acúmulo de manganeso en los ganglios basales, lo que desencadena cuadro neurotóxico caracterizado por síntomas extrapiramidales, otros trastornos de movimiento y declive cognitivo. Los criterios diagnósticos integran la hepatopatía crónica con derivación portosistémica, manifestaciones neurológicas características, hiperintensidad bilateral T1 en globo pálido en resonancia magnética, elevación de manganeso plasmático, y/o exclusión de diagnósticos alternativos.

PRESENTACIÓN DEL CASO Hombre de 71 años con antecedentes de cirrosis hepática alcohólica (Child-Pugh B), hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, ingresó por cuadro de desorientación temporoespacial, disartria, inatención, alteración de la marcha y compromiso de conciencia. La resonancia magnética evidenció lesiones con restricción a la difusión e hiperintensidad bilateral y simétrica en T1 en globos pálidos confirmando la sospecha diagnóstica. Se realizó manejo protocolizado encefalopatía hepática sin embargo persistió con alteraciones cognitivas y avance progresivo de la disartria, lo que motivó la consideración de terapias coadyuvantes como la suplementación con zinc. Se señaló seguimiento conjunto por gastroenterología y neurología. Se obtuvo consentimiento informado de pareja en calidad de tutor para la publicación de este caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso clínico expone los principales desafíos en el manejo de la degeneración hepatocerebral adquirida, destacando la importancia del diagnóstico diferencial con otras encefalopatías en hepatopatía crónica, apoyado por neuroimagen avanzada, resultando clave para la detección precoz y mejor pronóstico funcional. Las opciones terapéuticas disponibles presentan eficacia limitada. Sin embargo, el trasplante hepático presenta beneficios importantes, particularmente en ausencia de derivaciones portosistémicas residuales. Destaca la necesidad de un abordaje multidisciplinario y la relevancia de promover investigación clínica que permita la instauración de protocolos de manejo estandarizados.

PALABRAS CLAVE Cirrosis Hepática, Encefalopatía Hepática, Ganglios Basales, Resonancia Magnética

TÍTULO DEL TRABAJO ISQUEMIA AGUDA EN EXTREMIDAD SUPERIOR: REPORTE DE CASO TROMBOSIS ARTERIA HUMERAL DERECHA

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA	D) Cirugía
AUTOR	Matamoros Plaza Catalina (1)
CO-AUTORES	Arevalo Pasten Nicolas (2), Avila Correa Natalia (1), Ortiz Niebles Erick (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Teno, Teno (2) Médico General, Servicio de Urgencias Hospital Curicó, Curicó (3) Médico General, Hospital Teno, Teno
INTRODUCCIÓN	La isquemia de extremidades puede clasificarse en crónica o aguda. La isquemia aguda (IA) se define como la disminución abrupta del flujo arterial hacia la extremidad, lo que compromete su viabilidad. Su incidencia en extremidad superior es de 1- 3 casos por cada 100.000 personas por año. En el contexto de la IA, la clínica se caracteriza por palidez, parestesias, dolor y ausencia de pulso. Sin una intervención oportuna, puede llegar a necrosis, lo que convierte esta condición en una emergencia quirúrgica.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina, 39 años, antecedentes de Diabetes e Hipertensión, consulta en urgencias por cuadro de 72 horas de dolor progresivo en extremidad superior derecha. Presenta palidez que progresa a coloración violácea hacia distal. Relata inició brusco, sin palpitaciones u otro gatillante traumático. Examen físico, con dolor en las eminencias tenar e hipotenar, frialdad a distal, cianosis fija en dedos con movilidad disminuida, pulso radial y ulnar ausente, pulso humeral normal. No se auscultan soplos cardíacos. Se sospecha de IA en extremidad superior de posible origen embólico versus vasomotor (Reynaud). Sin disponibilidad de Ecodoppler. Debido a la severidad de la isquemia, se decide realizar exploración quirúrgica. Se evidencia la arteria humeral ocupada por un trombo mixto organizado. Se realiza trombectomía y una arteriografía selectiva, logrando contrastar la arteria radial de manera completa, con pulso radial(+) post intervención recuperando perfusión a distal.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La IA de una extremidad constituye una emergencia vascular. Se caracteriza por el dolor, palidez y pérdida de función de la extremidad afectada, así como por la necrosis de los tejidos. El grado de daño tisular está condicionado por la magnitud de la red colateral. Es esencial mantener un alto índice de sospecha clínica, complementado por una anamnesis detallada, examen físico exhaustivo y estudios imagenológicos complementarios para establecer un diagnóstico preciso permitiendo una intervención quirúrgica oportuna, para mantener la viabilidad de la extremidad.

PALABRAS CLAVE	Embolia, Isquemia, Trombectomía
TÍTULO DEL TRABAJO	SEPSIS DE FOCO ABDOMINAL SECUNDARIO A SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO IV:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Gutiérrez Jara Rocío (1)
CO-AUTORES	Hernández Alvarado Bárbara (2), Muñoz Gómez Valentina (2), Schorwer Ruíz Maximiliano (2).
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, Hospital de Yungay, Yungay. (2) Interno/a de Medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción.
INTRODUCCIÓN	El Síndrome de Mirizzi es una complicación poco común de coledocitis. Ocurre en el 0,1% de los pacientes, y su presentación clínica varía dependiendo del grado o compromiso de la vía biliar (VB). Debido a la alta prevalencia de esta en Chile, es relevante el análisis y conocimiento de estos casos.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino, 94 años, sin antecedentes mórbidos, consentimiento firmado. Consultó en el Servicio de Urgencias por episodio de lipotimia. Ingresó hipotenso, taquicárdico, febril, con ictericia y coluria. Al examen físico, Glasgow 11 y epigastalgia. Exámenes de laboratorio con parámetros inflamatorios elevados, falla renal aguda, hiponatremia, hipopotasemia, acidosis metabólica e hiperlactatemia. Presentó buena respuesta al manejo inicial con volumen. Tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis destacó coledocitis e inflamación crónica de la pared vesicular. Se diagnosticó sepsis por colangitis aguda. Se solicitó colangiografía magnética, que informó "Colelitiasis con cálculo impactado en el bacinete-conducto cístico y fístula coledociana en contexto de Síndrome de Mirizzi tipo IV, con significativa dilatación de vía biliar intrahepática". Adicionalmente informó "Imagen nodular en relación a carina biliar, con características sugerentes de lesión neoplásica".
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Se presenta caso de sepsis por colangitis aguda, relevante por su presentación clínica y en población geriátrica. Se manejó con antibióticos, evolucionando con mejoría clínica considerable, sin embargo, no se realizó drenaje de la VB mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica debido al riesgo quirúrgico asociado y al hallazgo de imagen

nodular, que requerían evaluación por especialista hepatobiliar. Por lo expuesto, el Síndrome de Mirizzi, a pesar de ser poco frecuente, debe sospecharse como etiología diferencial de una colangitis aguda, sobre todo en pacientes añosos con antecedentes de coledoclitiasis, donde su presentación clínica puede ser severa, requiriendo manejo multidisciplinario e individualizado, y su resolución significar un desafío, por el alto riesgo de injuria biliar y asociación con cáncer de vesícula.

PALABRAS CLAVE	Colangitis, Colelitiasis, Síndrome de Mirizzi		
TÍTULO DEL TRABAJO	HEMOSIDEROSIS SUPERFICIAL DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL COMO CAUSA DE COMPROMISO DE CONCIENCIA, A PROPÓSITO DE UN CASO:		
CLASE	Caso clínico (CC)		
CATEGORÍA	b) Medicina interna		
AUTOR	Sánchez Zenteno Eduardo (1)		
CO-AUTORES	Bastias	Astudillo	Consuelo (1)
	Torres García Jesús (2)		
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Hospital de Licantén, Licantén (2) Médico general de zona, Centro de salud familiar el Tabo, El Tabo		
INTRODUCCIÓN	La Hemosiderosis superficial del sistema nervioso central es una entidad infrecuente, reportándose apenas cien casos en la literatura. Dicha patología se caracteriza por depósito de hemosiderina en leptomeninges, pares craneales y médula secundaria a un sangrado, cuya fuente en ocasiones puede no determinarse. Clínicamente se caracteriza por deterioro neurosensorial, ataxia cerebelosa y síntomas piramidales, siendo las convulsiones o el compromiso de conciencia manifestaciones infrecuentes.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente ochenta y cinco años sexo femenino, con antecedentes de Hipertensión arterial y Cáncer de mama. Es traída a servicio de urgencias por compromiso de estado general, asociado a compromiso de conciencia de tiempo indeterminado. En dicho servicio se solicitó perfil bioquímico, destacando parámetros inflamatorios levemente elevados (Leucocitos $11.4 \times 10^3/\mu\text{L}$ y proteína C reactiva 3.0 mg/dl), orina de características inflamatorias con urocultivo negativo y tomografía axial computarizada sin contraste de cerebro, evidenciándose hemorragia intraventricular de causa no		

precisada, por lo que se hospitalizó para continuar estudio. Paciente fue evaluada por equipo de neurología, quienes solicitaron resonancia magnética cerebral, informándose hemorragia subaracnoidea parietal y occipital bilateral, sugerentes de Hemosiderosis superficial. Fue tratada con neuro protección, con buena respuesta clínica, por lo que se trasladó a hogar para continuar rehabilitación neurológica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Las causas de compromiso de conciencia son variadas, dentro de las cuales destacamos etiologías metabólicas, tóxicas y estructurales, por ende, nuestro enfrentamiento diagnóstico debe ser detallado, dentro del cual el estudio imagenológico debe ser fundamental. La Hemosiderosis superficial es un diagnóstico infrecuente, sin embargo, en contexto de compromiso de conciencia de causa no precisada, su descarte es fundamental dentro del estudio etiológico, teniendo la resonancia magnética un rol protagónico para su diagnóstico, evidenciándose lesiones hipointensas en espacio subaracnoideo, hallazgo característico de la patología.

PALABRAS CLAVE Hemosiderosis, Conciencia, Hemorragia.

TÍTULO DEL TRABAJO	DIAGNÓSTICO SEMIOLÓGICO DE MENINGITIS HERPÉTICA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Bettina Baus Oelckers (1)
CO-AUTORES	Mario Ordoñez Cabrera (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Alerce, Puerto Montt (2) Médico General de Zona, Hospital de Calbuco, Calbuco
INTRODUCCIÓN	Se trata de un paciente con diagnóstico reciente de Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH), a quien se le diagnostica clínicamente meningitis herpética en un hospital rural, posteriormente confirmado con laboratorio específico en el Hospital Regional. El objetivo de presentar este caso es recordar la importancia del examen físico como herramienta diagnóstica en la medicina rural.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente con diagnóstico de VIH, consulta en servicio de urgencias de Hospital rural por cefalea holocraneana punzante de máxima intensidad asociado a fotofobia, náuseas y fiebre. Historia de lesión ulcerada dolorosa en vestíbulo oral hace 5 días. Al examen físico hipertenso, febril y sin compromiso de conciencia. Destaca rigidez de nuca y lesión aftosa de 5 mm en labio inferior. Se sospecha meningitis secundaria a infección por virus herpes. Se traslada a Hospital Base, donde se complementa estudio con estudio de Líquido Cefalorraquídeo (LCR): Reacción Polimerasa en Cadena (PCR) LCR: Virus Herpes Simplex (VHS-2) (+). Se trata oportunamente con aciclovir endovenoso, al alta sin complicaciones ni secuelas neurológicas.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso es particularmente interesante dado la expresión clínica y la capacidad semiológica de diagnóstico inicial solo con anamnesis y examen físico. Se deriva de forma oportuna, se confirma diagnóstico y se otorga tratamiento adecuado para evitar progresión de la enfermedad. En general las meningitis causadas por VHS tiene buen pronóstico, sin embargo, en un estudio prospectivo de 205 adultos, un 30% presentó secuelas neurológicas al alta, y el 11% tuvo secuelas a los seis meses de seguimiento. En este mismo estudio solo el 8% de los pacientes con meningitis herpética se presentaron con lesiones mucocutáneas genitales. Es por esto que pese a lo orientadoras que pueden ser dichas lesiones,

siempre se debe confirmar el diagnóstico con detección molecular del virus en pacientes con meningitis aséptica.

PALABRAS CLAVE Meningitis, Virus Herpes Simplex, Virus de la Inmunodeficiencia Humana

TÍTULO DEL TRABAJO ADENOMA PLEOMORFO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA CERVICAL, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (cc)

CATEGORÍA h) Especialidades: Otorrinolaringología

AUTOR Ihl Farías Isabel Margarita (1)

CO-AUTORES

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Mario Salcedo Sepúlveda, El Bosque, Santiago.

TÍTULO DEL TRABAJO ADENOMA PLEOMORFO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA CERVICAL, A PROPÓSITO DE UN CASO:

INTRODUCCIÓN El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales, especialmente de la parótida. Suele presentarse como una masa cervical asintomática de crecimiento lento. En este reporte se describen las principales características que deben alertar al clínico.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente de sexo femenino de 14 años de edad, sin antecedentes mórbidos, con historia de aumento progresivo de volumen cervical izquierdo de aproximadamente cuatro años de evolución. Durante el último año consultó en dos oportunidades en Atención Primaria de Salud, donde recibió tratamiento antibiótico con penicilinas bajo la sospecha de adenopatía. Por persistencia del cuadro decidió acudir el 06/04/25 al Servicio de Urgencias del Hospital Exequiel González Cortés. A la anamnesis dirigida, sin dolor ni baja de peso. Al examen físico se evidenció nódulo submandibular izquierdo de 4x4 cm, de bordes regulares, firme, carácter gomoso y sin eritema. Sin parálisis facial ni adenopatías.

Se realizó RNM de cuello: lesión sólida en la parótida izquierda de 3.5 cm de diámetro con refuerzo heterogéneo al contraste, sin signos de invasión de planos adyacentes. Impresiona masa parotídea cuyo diagnóstico diferencial debe considerar un adenoma pleomorfo. Se decidió intervención quirúrgica y envío de muestra a biopsia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Aunque suele ser de comportamiento benigno, la sospecha oportuna es clave debido al riesgo de malignidad y al posible compromiso de estructuras vecinas, como el nervio facial, asociadas al crecimiento prolongado. Ante cualquier masa cervical, el médico general debe considerar tanto etiologías inflamatorias como tumorales. Algía facial y/o adenopatías sugieren malignidad. El diagnóstico definitivo del adenoma pleomorfo se establece mediante criterios clínicos, imagenológicos e histopatológicos. El tratamiento es quirúrgico. Si bien en este caso el informe de biopsia está pendiente, la clínica característica y los hallazgos en la RNM apoyan fuertemente el diagnóstico. Este reporte busca promover el diagnóstico precoz y derivación oportuna al nivel secundario.		
PALABRAS CLAVE	Adenoma Pleomorfo, Glándulas Salivales, Neoplasias de Cabeza y Cuello.		
TÍTULO DEL TRABAJO	TIFUS DE LOS MATORRALES ENDEMIAS EN CHILOE, A PROPOSITO DE UN CASO:		
CLASE	Caso clínico (cc)		
CATEGORÍA	Medicina interna		
AUTOR	Hidalgo Alvarado Brayan (1)		
CO-AUTORES	Bendek	Venegas	Carolina (2)
	Hinojosa Diaz Luis (2)		
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM de Dalcahue, Dalcahue. (2) Médico General de Zona, CESFAM Cunaco, Nancagua.		
INTRODUCCIÓN	El tifus de los matorrales es una Rickettsiosis que presenta casos las zonas centro y sur de Chile. Puntualmente en Chiloé se diagnostican de 6 a 8 casos anuales, para el clínico que ejerce en Chile es primordial reconocer sus síntomas, dado que era una enfermedad previamente exclusiva del triángulo de Tsutsugamushi.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 50 años con antecedentes de diabetes e hipertensión consulta al servicio de urgencia rural, por cuadro de 3 días de peak febriles y lesiones maculopapulares en miembros superiores e inferiores, torso y abdomen pruriginosas, asociado síntomas respiratorios altos y compromiso del estado general (CEG), al examen físico presenta una lesión única tipo escara necrótica indolora a nivel del tobillo izquierdo desconociendo data, resto de examen físico sin hallazgos, destacando exposición previa a zona agrícola. Dado lo anterior		

se plantea el diagnóstico de tifus, iniciando doxiciclina y toma de muestra desde escara. Al control se recibe resultado de la detección de material genético por reacción de polimerasa en cadena (PCR) que resulta positivo para *Orentia spp*, además de evidenciar disminución de lesiones corporales y CEG, al laboratorio con leve transaminitis y trombocitosis que resuelve posteriormente; de la escara en tobillo, esta se evidencio sin cambios hasta las siguientes 3 semanas, no presentando complicaciones secundarias o recidivas, siendo dado de alta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El tifus se considerada una enfermedad sub reconocida, grave y fácil de tratar. En Chile se evidencia un aumento de casos desde la primera detección en el siglo XXI ocurrida el 2006 en Chiloé, y requiere notificación obligatoria, la presentación clínica es la triada fiebre, exantema y escara indolora, su confirmación se realiza mediante cultivo, detección de anticuerpos o PCR, el tratamiento es doxiciclina o azitromicina y se debe iniciar de manera precoz para prevenir las complicaciones tales como neumonía atípica, insuficiencia renal y meningoencefalitis.

PALABRAS CLAVE Ácaros, Enfermedades endémicas, Rickettsia.

TÍTULO DEL TRABAJO TAQUICARDIA SINUSAL INAPROPIADA; A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Reporte de caso (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Pavez Sotelo Felipe Eduardo (1)

CO-AUTORES Saitua Pérez Valentina Paz (2), Mollers Urdaneta Paola Cristina (3), Moreno Ortiz Bayron Andrés (4)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CGR Tegualda, Fresia
(2) Médico General de Zona, DESAM Fresia, Fresia
(3) Médico Cirujano, CESFAM Pablo Neruda, Lo Prado
(4) Médico General de Zona, CESFAM Pablo Neruda, Lo Prado

TÍTULO DEL TRABAJO TAQUICARDIA SINUSAL INAPROPIADA (TSI); A PROPÓSITO DE UN CASO:

INTRODUCCIÓN La TSI se caracteriza por un incremento exagerado en la frecuencia cardíaca (FC) asociado con demandas fisiológicas comunes; los afectados tienen una FC en reposo elevada y/o una respuesta de FC exagerada al ejercicio, desproporcionado con las necesidades fisiológicas.¹ Es una afección inusual que ocurre en personas sin enfermedad cardíaca u otra causa que explique la taquicardia sinusal. Se considera diagnóstico de exclusión. Se suele presentar entre los 15 y 45 años, y tiene mayor prevalencia en mujeres (4:1)² Se presenta como palpitaciones, las cuales se pueden asociar a fatiga, mareos, síncope y/o disnea

PRESENTACIÓN DEL CASO Femenina, 29 años, consulta por meses de evolución de palpitaciones, taquicardia y disnea, las cuales aparecen en reposo o ante actividades físicas mínimas. Sin desencadenantes identificables. Examen físico, exámenes de laboratorio, electrocardiograma y ecocardiograma sin alteraciones. Se realizó holter de ritmo 24hrs el cual evidenció taquicardia sinusal, sin otra alteración. Se inicia tratamiento con betabloqueante (metoprolol 100 mg/día), con buena respuesta

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Los criterios para definir la TSI incluyen: Ritmo sinusal con una FC en reposo de 100 latidos por minuto o más (con una FC media >90 latidos por minuto durante 24 horas) o con FC superior a lo que uno esperaría para la cantidad de esfuerzo; palpitaciones relacionadas con la taquicardia; exclusión de causas identificables de taquicardia y de taquicardia auricular.³ Se desconoce su etiología. Se cree que su mecanismo fisiopatológico consiste en una hiperactividad intrínseca del nodo sinusal junto con perturbaciones autonómicas moduladas por influencias neurohormonales.⁴ El tratamiento de primera línea corresponde al uso de betabloqueantes (BB). Para síntomas refractarios, se considera el uso de ivabradina. Ante mala respuesta, se considera la ablación con catéter por radiofrecuencia. Es una entidad poco reconocida, cuya sospecha y diagnóstico son fundamentales por su impacto en la calidad de vida del paciente y descartar diagnósticos diferenciales

PALABRAS CLAVE Betabloqueantes, sinusal, síncope

TÍTULO DEL TRABAJO IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO TEMPRANO DE SÍNTOMAS DE MIASTENIA GRAVIS, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE g) Neurología

CATEGORÍA Caso clínico (CC)

AUTOR Schulten Solimano Katia (1)

CO-AUTORES Bezama Gattas Felipe (2)
Do Valle Monken Luiza (1)
Mellado Riquelme Carol (1)

AFILIACIÓN (1) Médica General de Zona, CESFAM Dr. Juan Cartes Arias, Lota. (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Sergio Lagos Olave, Lota.

TÍTULO DEL TRABAJO IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO TEMPRANO DE SÍNTOMAS DE MIASTENIA GRAVIS, A PROPÓSITO DE UN CASO:

INTRODUCCIÓN La Miastenia Gravis (MG) es una enfermedad autoinmune, donde existen anticuerpos anti-receptores de Acetilcolina (ACRA), generando bloqueo, alteración y/o destrucción de estos receptores en la unión neuromuscular, alterando la transmisión del impulso nervioso normal. Se caracteriza por fatiga y debilidad muscular de predominio proximal, afectando musculatura ocular, funciones bulbares, extremidades y músculos respiratorios, de manera fluctuante. El reconocimiento de su sintomatología y sospecha inicial son fundamentales para una pronta derivación al especialista.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino 55 años, con antecedentes de hipoacusia congénita y dislipidemia. En 2021, tras presentar infección por SARS-CoV-2 grave, comenzó con debilidad muscular, dificultad en la marcha y fatiga. Se atribuyó debilidad a la hospitalización prolongada, recuperó parcialmente fuerza con uso de bastón. Posteriormente, en 2023 presentó diplopía leve y ptosis palpebral leve. Acudió a Oftalmólogo, quien atribuye síntomas a vicio de refracción y estrabismo, por lo que ajustó prescripción, con lo cual síntomas mejoran parcialmente. En 2024 presentó nuevamente diplopía ahora de forma más severa, por lo que decidió consultar particular, le solicitaron Tomografía (TAC) de Cerebro, informado como normal, fue derivado a Neurología. El especialista sospechó MG, por lo que solicitó electromiografía y ACRA, resultando ambos positivos para MG, confirmando el diagnóstico.

Se inició piridostigmina cada 6 horas y fue derivado a APS para mantener controles.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La MG es una enfermedad que afecta la unión neuromuscular y tiene un curso fluctuante, siendo el compromiso ocular de sus primeras manifestaciones. Es importante conocer sus síntomas, para así derivar a tiempo al especialista, considerando que un retraso en su detección puede llevar a empeoramiento de las manifestaciones y, por consiguiente, peor calidad de vida para el paciente. Respecto a lo anterior, en el caso planteado el diagnóstico se realizó 3 años después del debut, debido al bajo índice de sospecha, cuando los síntomas ya eran bastante severos.

PALABRAS CLAVE Miastenia Gravis, Debilidad Muscular, Diplopía

TÍTULO DEL TRABAJO SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON: SOSPECHA DIAGNÓSTICA EN UN HOSPITAL COMUNITARIO DEL FIN DEL MUNDO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA H) Especialidades

AUTOR Rojas Betti Fernando (1)

CO-AUTORES Cárcamo Lagos Ignacio (1), Cárcamo Lagos Eduardo (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital Doctor Marco Chamorro de Porvenir

INTRODUCCIÓN La isla de Tierra del Fuego es un lugar aislado dentro de Chile, cuenta con único centro de salud para todo su territorio, sin presencia de especialistas. Este caso de Síndrome de Stevens-Johnson, poco habitual en nuestra realidad, fue diagnosticado en base a la anamnesis y examen físico acucioso, logrando un tratamiento oportuno de especialidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO Femenina de 24 años con antecedente de trastorno afectivo bipolar tipo II, con inicio reciente de tratamiento con lamotrigina en dosis crecientes indicado por psiquiatra. Consulta en servicio de urgencias de Hospital por lesiones tipo flictenas, dolorosas en ambas manos, que fueron progresando las últimas 3 semanas desde el inicio del fármaco, asociado además a lesiones en mucosa oral que la llevó a consultar en odontología, sugiriendo cuadro de gingivitis. Tras sospecha clínica de Síndrome de Stevens-Johnson, basado en la anamnesis y examen físico sugerente de lesiones en piel y mucosas, gatillado por el inicio de lamotrigina en forma previa, se deriva a hospital de referencia de alta complejidad para evaluación por dermatología.

A la evaluación por especialidad se confirma el diagnóstico, ingresando a unidad de cuidados intermedios y manejándose con suspensión de lamotrigina, corticoides y curaciones, tras lo cual evoluciona en forma favorable.

Se cuenta con consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso, poco habitual en nuestro hospital comunitario, resalta aún más la relevancia de considerar los antecedentes de salud mental, cada vez más prevalentes, junto a los tratamientos asociados y sus potenciales efectos adversos, los que pueden llegar a ser graves como en este caso. La oportuna sospecha llevó a una pronta suspensión del fármaco e inicio del tratamiento específico, sin que progrese a un cuadro de mayor gravedad.

PALABRAS CLAVE Lamotrigina, Síndrome de Stevens-Johnson, Vesícula

TÍTULO DEL TRABAJO NO TODO ES CEFALÉA TENSIONAL, REPORTE DE CASO DE TROMBOSIS DE SENO VENOSO SIGMOIDEO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA Medicina Interna

AUTOR Rojas Campillay Camila (1)

CO-AUTORES García Castillo Carolina (2), Aleuy Vera César (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Isabel Riquelme, Chillán
(2) Médico General de Zona, CESFAM Dra. Michelle Bachelet Jeria, Chillán Viejo
(2) Médico General de Zona, Hospital San Vicente de Arauco, Arauco

INTRODUCCIÓN La trombosis de senos venosos cerebrales (TSVC) es una causa infrecuente pero potencialmente grave de cefalea, con una incidencia estimada de 1 a 1,3 casos por 100.000 habitantes al año. Afecta predominantemente a mujeres jóvenes, con factores de riesgo como el uso de anticonceptivos, embarazo u obesidad. Su presentación clínica puede ser inespecífica, lo que retrasa el diagnóstico. La confirmación requiere neuroimagen, y su mortalidad puede alcanzar el 13,9%, destacando la importancia de su sospecha precoz.

PRESENTACIÓN DEL CASO Mujer de 51 años, sin antecedentes médicos relevantes, consultó por cefalea frontal y cervicalgia de diez días de evolución, inicialmente manejada como cefalea tensional. La intensidad del dolor aumentó progresivamente, asociándose a fotofobia, diaforesis nocturna y sensación febril. No presentaba antecedentes de cefalea crónica. Al

examen físico se encontraba vigil, sin focalidad neurológica ni signos meníngeos, con signos vitales normales y obesidad. Ante la presencia de signos de alarma, fue derivada a urgencia hospitalaria. Se realizó Tomografía axial computarizada (TAC) cerebral y angioTAC, que anticoagulación con dabigatrán. Durante la evaluación se identificó una masa uterina en TAC de tórax, abdomen y pelvis. El estudio inicial de trombofilia y marcadores tumorales resultó negativo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso destaca la importancia de considerar TSVC en pacientes que presenten cefalea con banderas rojas. Aunque la paciente presentaba obesidad y una masa uterina como posibles factores predisponentes, los estudios no evidenciaron etiología clara, lo que remarca el carácter idiopático de esta entidad. El reconocimiento temprano y la anticoagulación oportuna fueron claves en su evolución favorable.

PALABRAS CLAVE Cefalea, Fotofobia, Trombosis

TÍTULO DEL TRABAJO ECCHORDOSIS PHYSALIPHORA COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN ESTUDIO POR SOSPECHA DE HIPOPITUITARISMO:

CLASE CASO CLINICO (CC)

CATEGORÍA ESPECIALIDADES (RADIOLOGÍA)

AUTOR CONDEZA ESPINOZA NICOL ANTONIETA (1)

CO-AUTORES CONTRERAS CASTILLO JASMIN DANIELA (1), TORRES CUEVAS SEBASTIAN EDUARDO (1)

AFILIACIÓN MÉDICO GENERAL DE ZONA, HOSPITAL INTERCULTURAL KALLVU LLANKA, CAÑETE

TÍTULO DEL TRABAJO ECCHORDOSIS PHYSALIPHORA COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN ESTUDIO POR SOSPECHA DE HIPOPITUITARISMO:

INTRODUCCIÓN Ecchordosis physaliphora (EP) es una lesión congénita, de baja incidencia, identificándose en 2% de las autopsias. Pertenece a la familia de los hamartomas derivando de remanentes notocordales. Se sitúa típicamente en la línea media del eje cráneo-espinal en el espacio intradural de región retroclival y cisterna prepontina. En la mayoría de los casos se trata de una lesión asintomática. Pero puede presentar síntomas inespecíficos La tomografía computarizada (TC) no suele ser sensible para visualizarlo a diferencia de resonancia nuclear magnética (RNM) donde presenta hallazgos inespecíficos como foco hipodenso en T1, hiperintenso en T2 y escaso realce postcontraste. Es importante

considerarla para determinar un tratamiento adecuado puesto que dentro de sus diagnósticos diferenciales se encuentran los cordomas, metástasis y quistes dermoides.

PRESENTACIÓN DEL CASO Mujer de 29 años, sin antecedentes mórbidos conocidos. Se realiza RMN de silla turca por sospecha de hipopituitarismo. En dicho estudio se describe de forma incidental en el dorso del clivus (en línea media) un foco de hiposeñal T1, hiperseñal T2, sin realce con el Gadolinio, de aspecto imagenológico no agresivo, sugerente de EP

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La EP es una lesión benigna derivada de restos notocordales, de baja incidencia, identificándose en el 2% de las autopsias. Suele ser una asintomática por lo que su diagnóstico en la mayoría de los casos se presenta de forma incidental. Se localiza principalmente en la región prepontina retroclival. La TC no suele ser específica por lo que se debe complementar el estudio con RMN donde se encuentran hallazgos como hipointenso en T1, hiperintenso en T2 y tiene escaso realce postcontraste. A pesar de ser una entidad de baja incidencia y en su mayoría asintomática es necesario conocerla pues su importancia radica en la exclusión de otros diagnósticos que sean más agresivos como lo es el cordoma y que por lo tanto requieran de otra intervención.

PALABRAS CLAVE Cordoma, Fosa Craneal Posterior , Notocorda

TÍTULO DEL SÍNDROME DE KWASHIORKOR COMO MANIFESTACIÓN DE TRABAJO DESNUTRICIÓN AGUDA EN INJURIA QUIRURGICA:

CLASE Medicina interna

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Fuentes Dahl, Gonzalo Anibal(1)

CO-AUTORES Araya Rubio Bárbara (1), López Ponce Patricio (1), Guarda Selavie Vicente (1)

AFILIACIÓN (1)Medico EDF, Hospital Provincial Rafael Avaria Valenzuela, Capitulo Arauco

INTRODUCCIÓN El Kwashiorkor del adulto es una entidad subdiagnosticada en contextos de estrés metabólico agudo. Presentamos un caso donde la injuria quirúrgica repetida desenmascaró una desnutrición proteica crítica, complicando el manejo multidisciplinario.

PRESENTACIÓN DEL CASO Mujer de 84 años diabética usuaria de insulina con enfermedad arterial periférica e historia de aporte alimentario insuficiente de proteínas, hospitalizada por 60 días tras amputación infracondílea derecha por pie diabético infectado. Evolucionó con requerimientos de 2 ampliaciones de amputación, sepsis por Pseudomonas aeruginosay dolor refractario que requirió opioides en dosis altas. A los 30 días desarrolló anasarca progresiva, hipoalbuminemia severa, Tromboembolismo Pulmonar bilateral y úlceras por presión. El cuadro edematoso persistió pese a diuréticos, restricción hídrica y albúmina. La Tomografía Computada toracoabdominal descartó causas cardiogénicas/nefróticas, confirmando edema por hipoalbuminemia severa. Se diagnosticó Kwashiorkor del adulto en contexto de: 1) Estrés metabólico postquirúrgico prolongado, 2) Rechazo a suplementos hiperproteicos (solo 20 g proteína/día vs. requeridos 70 g), y 3) Pérdidas digestivas (melena).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El caso ilustra cómo las demandas proteicas de cirugías mayores escalonadas (3 amputaciones en 30 días) superaron la capacidad de reservas nutricionales marginales, agravadas por un déficit crónico preexistente(3) La priorización inicial del manejo congestivo sobre la reposición proteica retrasó el diagnóstico. La

resolución del edema solo se logró tras implementar soporte nutricional agresivo (2.2 g/kg/día de proteína), destacando la importancia de integrar evaluaciones nutricionales seriadas en pacientes quirúrgicos de alto riesgo. Este caso enfatiza la necesidad de incorporar diagnósticos de enfermedades nutricionales como el Kwashiorkor del adulto como alternativas diferenciales(1), además de la necesidad de protocolos de suplementación proteica precoz en cirugías múltiples(2)y los dilemas éticos en pacientes que rechazan intervenciones nutricionales.

PALABRAS CLAVE	Kwashiorkor, Desnutrición, Hipoalbuminemia
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL TRASTORNO PRIMARIO DE LA SECRECIÓN PLAQUETARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Schuller Martínez Matías (1)
CO-AUTORES	Delgado Alcalde Cecilia (1) Vilches Aracena Camilo (1), Rodríguez Ambler Almendra (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Placilla, Universidad de Valparaíso, (2) Interno de séptimo año de Medicina Universidad de Valparaíso, Valparaíso.
INTRODUCCIÓN	El sangrado es motivo de consulta frecuente en atención primaria y en los servicios de urgencias. La hemostasia es el proceso que responde a una hemorragia, dividiéndose en primaria y secundaria. La hemostasia primaria es determinada por la acción plaquetaria para la formación del trombo inicial, mientras que la secundaria involucra la interacción de factores de coagulación y proteínas plasmáticas para el refuerzo de este tapón. Para el enfrentamiento clínico la anamnesis y el examen físico son herramientas fundamentales para caracterizar lo “patológico” y determinar cuáles pacientes ameritan mayor estudio.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta caso de femenina de 19 años, quien firma consentimiento informado, sin mórbidos, que consultó en urgencias por menstruación abundante de 7 días. En los exámenes destaca hematocrito 21%, test de embarazo negativo y ecografía transvaginal con endometrio heterogéneo y presencia de coágulos. Se realizó legrado uterino, administración de hierro endovenoso y alta con hierro oral. En anamnesis refirió menorragia desde menarquia, epistaxis recurrentes y equimosis a repetición. Estudio ambulatorio inicial demostró recuento normal de plaquetas, tiempo de protrombina normal, razón internacional normalizada (INR) en rango. Estudio de secreción plaquetaria evidenció respuesta alterada a diferentes agonistas (epinefrina, adenosin-difosfato) compatible con alteración primaria de la secreción plaquetaria. El tratamiento definitivo se centró en anticonceptivos orales, prevención de traumas y a la transfusión de plaquetas frente a cirugías.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La sospecha de un trastorno de la hemostasia primaria se basa en historia de sangrados mucocutáneos (epistaxis, gingivorragias) a repetición, equimosis con traumatismos leves y menorragia en las mujeres. Dentro de este grupo, los defectos primarios de la secreción plaquetaria son raros y suelen asociarse a factores hereditarios. Nuestro caso presentó la historia clásica de un trastorno de la hemostasia primaria, añadiendo a la paciente un antecedente no menor a la hora de tener un trauma grave, cirugía mayor e incluso un embarazo.
PALABRAS CLAVE	Hemostasia, Hemorragia, Pruebas de función plaquetaria
TÍTULO DEL TRABAJO	MANEJO NUTRICIONAL DE LA INSUFICIENCIA CUTÁNEA POR PENFIGOIDE BULOSO EN UNA PACIENTE GERIÁTRICA:
CLASE	Medicina Interna
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Fuentes Dahl, Gonzalo Anibal(1)
CO-AUTORES	Araya Rubio Bárbara, López Ponce Patricio, Pinilla Hermosilla Matías
AFILIACIÓN	(1)Medico EDF, Hospital Provincial Rafael Avaria Valenzuela
INTRODUCCIÓN	La insuficiencia cutánea en pacientes geriátricos exige un enfoque nutricional agresivo que logre cubrir las necesidades metabólicas de una barrera fisiológica extensamente comprometida. Presentamos un caso donde la desregulación metabólica condiciona complicaciones

infecciosas y renales, revertidas mediante estrategias de soporte enteral dirigido.

PRESENTACIÓN DEL CASO Mujer de 77 años dependiente moderada, con quemadura en muslo derecho requiriendo hospitalización, durante esta evoluciona con lesiones ampollares indoloras en el 40% de la superficie corporal total. Se plantea como diagnóstico penfigoide buloso, posteriormente confirmado por biopsia; iniciando tratamiento con prednisona 60mg/día. Durante su estadía cursa con, falla renal, sepsis por sobreinfección por *Staphylococcus haemolyticus* Meticilino-Resistente y *Klebsiella pneumoniae*; además de anemia leve con hemoglobina 10 g/dL persistente y retraso en cicatrización. Pese al manejo antibiótico, evoluciona torpidamente, se realiza evaluación nutricional estimando requerimientos de 1.5 g proteína/kg/día, aporte con fórmula polimérica hiperproteica (1.8 kcal/mL, 25% proteína), además de Suplementación de zinc/vitamina C. Posteriormente evoluciona favorablemente, destacando que la respuesta multisistémica, manifestada con la mejoría de lesiones, función renal y parámetros inflamatorios coincidió con la optimización nutricional (día 22) y no con cambios antibióticos. Se da de alta a posterior.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La insuficiencia cutánea dada la extensión de las lesiones, actuó como "órgano fracasado", perpetuando sepsis y deterioro renal, El retraso en optimizar el aporte nutricional agravó el balance negativo de nitrógeno, correlacionándose con la tardía resolución de ampollas y la recuperación renal incompleta. Atendiendo a la fisiopatología del cuadro descrito, se entiende que este perfil de pacientes traza factores nutricionales clave, entre los que podemos destacar el déficit proteico, el hipercatabolismo, con demandas aumentadas por sepsis y la necesidad de corticoterapia. Este caso resalta las exigencias metabólicas en casos de insuficiencia cutánea como entidad multisistémica, así mismo, la utilización temprana de aporte nutricional por sonda, clave en pacientes geriátricos con hipercatabolismo.

PALABRAS CLAVE Penfigoide Ampoloso, desnutrición, Dieta Rica en Proteínas

TÍTULO DEL TRABAJO	APENDICITIS ATÍPICA: POLAQUIURIA JUNTO CON HIPOGASTRALGIA COMO ÚNICOS SÍNTOMAS DE APENDICITIS (:)
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía infantil.
AUTOR	Letelier Lazo, Claudia Carolina (1)
CO-AUTORES	Medina Becerra , Pablo Andres (2), Carrasco Espina, Diego Rene (3), Letelier Lazo, Iñaki (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Salamanca, Salamanca (2) Médico General de Zona, Hospital de Salamanca, Salamanca (3) Médico General de Zona, Hospital de Salamanca, Salamanca (4) Interno de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia
INTRODUCCIÓN	El dolor abdominal agudo es una de las consultas más frecuentes en urgencias pediátricas. La evaluación clínica debe buscar dirigidamente cuadros de abdomen agudo que requieran manejo quirúrgico. En escolares y adolescentes, la apendicitis es la causa más común de abdomen agudo, por lo que siempre debe sospecharse. Este caso presenta una apendicitis con síntomas atípicos en un escolar.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 11 años sin antecedentes mórbidos, acudió junto a madre al servicio de urgencias del Hospital Comunitario de Salamanca por cuadro de 1 día de evolución caracterizado por dolor abdominal hipogástrico tipo cólico, sin irradiación, de alta intensidad asociado a polaquiuria. Al interrogatorio negó otros síntomas. Al examen físico presentó signos vitales normales, pero destacó abdomen doloroso en hemiabdomen inferior en hipogastrio y fosa iliaca derecha, con signos de irritación positivos (Mcburney, Blumberg, Rovsing, Llabrés, Dunphy), resto negativos. Como estudio inicial se solicitó orina con resultado normal, por lo que por hallazgos al examen físico se indica realizar exámenes sanguíneos, donde destacó leucocitosis con Segmentados 83%) parámetros inflamatorios elevados (PCR 117 mg/dL), resto del estudio normal. Se calcula Score de Alvarado 7 puntos (alta probabilidad de apendicitis), por lo que se traslado a hospital de referencia para realizar Scanner de abdomen y pelvis con contraste el cual concluyó: apendicitis aguda, sin colecciones, con mínima cantidad de líquido peritoneal pelviano. Se

trasladó a centro de mayor complejidad para hospitalización y resolución quirúrgica, logrando alta precoz.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La apendicitis constituye una patología con diversas manifestaciones clínicas que requiere recursos limitados para su diagnóstico y su tratamiento. Así, pruebas estandarizadas como la Escala de Alvarado constituyen una herramienta invaluable en la aproximación inicial a este tipo de pacientes, permitiendo identificar signos sugestivos y decidir derivaciones oportunas a pruebas confirmatorias.

PALABRAS CLAVE Abdomen Agudo, Dolor Abdominal, Peritonitis

TÍTULO DEL TRABAJO DISMINUCIÓN REQUERIMIENTOS DE INSULINA CON CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA E INTERVENCIONES SALUD MENTAL, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina Familiar.

AUTOR Altamirano Ojeda Camila (1),

CO-AUTORES Soto Andrade Alberto (2), Ojeda Toledo Mario (3), Gayosa Vidal Karla (4)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona CESFAM Ovejería, Osorno. (2) Médico General de Zona, CESFAM Rahue Alto, Osorno. (3) Médico General, CESFAM Ovejería, Osorno. (4) Médico General, CESFAM Lopetegui, Osorno.

INTRODUCCIÓN 12 de 100 chilenos tienen diabetes. La principal recomendación es mejorar hábitos, pero 3 de 4 chilenos presentan malnutrición por exceso y 86.7% son sedentarios, por esto, instaurar cambios en estilo de vida (CEV) es desafiante. Así mismo, mejorar la salud mental (SM) es fundamental por la bidireccionalidad fisiopatológica con diabetes. CEV son esenciales para el tratamiento y disminuir requerimientos de insulino terapia, como demuestra este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 32 años, con antecedentes de hipertrigliceridemia, hipotiroidismo, trastorno ansioso y depresivo, obesidad, tabaquismo, en controles atención primaria (APS) usando levotiroxina, gemfibrozilo y sertralina, consultó por cuadro de 2 semanas de síntomas gastrointestinales, sospechándose pancreatitis por antecedentes. En urgencia se constató poliuria, polidipsia y baja de peso. Laboratorio destacó acidosis metabólica con glicemia 376 mg/dL e hipokalemia. Se diagnosticó debut diabetes con cetoacidosis, con manejo

correspondiente. Se descartó pancreatitis y se hospitalizó para observación. Evolucionó favorablemente y egresó con insulino terapia NPH doble dosis. Evaluado por diabetología se indicó además metformina, atorvastatina, dieta patrón mediterráneo y pruebas de inmunidad. Al recontrol, con disminución requerimientos de insulina nocturna, se confirmó diabetes tipo 2, se incluyó bupropion y empaglifozina. Se derivó a APS para mantener controles. Al control SM, se acordó mantener bupropion y continuar psicoterapia. En control integral, con CEV y suspensión NPH nocturna. Con hemoglobina glicosilada 5.2% se acordó tratamiento sólo con hipoglicemiantes orales. Dio consentimiento para presentar su caso como demostración que CEV se traducen en disminución insulino terapia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El caso responde a una evolución esperable con CEV y compensación anímica, pero muchas veces no se logra por falta de adherencia a medidas no farmacológicas ni a controles. El aporte de este trabajo es demostrar que en nuestra realidad sociocultural se pueden realizar cambios significativos y que CEV, respaldadas por la evidencia, son necesarias y no sólo un complemento.

PALABRAS CLAVE Diabetes Mellitus, Estilos De Vida Saludables, Insulina NPH, Salud Mental.

TÍTULO DEL TRABAJO CERVICALGIA EN ADULTO MAYOR COMO PRESENTACIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA Especialidades (Urología)

AUTOR Dávila Contreras Gabriel (1)

CO-AUTORES Corvalán Avendaño Belén (1), González Lagos Tomás (1)

AFILIACIÓN (1) Médico(a) General de Zona, Hospital de Purén, Purén

INTRODUCCIÓN La cervicalgia se define como el dolor cervical de inicio agudo, no asociado a síntomas neurológicos, de días o semanas de duración. Se estima que hasta un 19% de la población adulta presentará cervicalgia a lo largo de su vida. Sus principales causas varían según el rango etario, pero se encuentran: musculoesqueléticas, inflamatorias, infecciosas y neoplásicas. Considerando esta última, el cáncer de próstata en Chile es el más frecuente en hombres llegando a ser la cuarta causa de muerte por cáncer en Chile, siendo uno de sus principales sitios de metástasis: hueso, ganglios y pulmón.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 89 años sin antecedentes mórbidos, vive en sector rural de la comuna de Purén. Múltiples consultas en urgencias por cuadro de 1 mes de cervicalgia asociado a pérdida de funcionalidad, se hospitaliza para estudio donde se pesquiza mediante radiografía fractura cuerpo vertebral C2, se completa estudio con Tomografía Computada que informa próstata aumentada de tamaño de aspecto neoproliferativo con infiltración vesical y metástasis pulmonares, Antígeno Prostático 2.617 ng/ml, se realiza biopsia que confirma adenocarcinoma acinar, se inicia tratamiento con triptorelina, Neurocirugía indica manejo ortopédico y se deriva a Cuidados Paliativos Hospital Purén.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso nos revela la importancia de considerar las banderas rojas de la cervicalgia al momento de la evaluación, puntualmente en este caso dolor intenso y rebelde a terapia habitual y compromiso del estado general con la perdida funcional en un adulto mayor previamente autovalente que hacen indispensable la derivación del paciente a un nivel de mayor complejidad. Tener presente una evaluación sistemática que considere factores como la edad, antecedentes y características del dolor resultan fundamentales a la hora de realizar un adecuado diagnóstico y prevenir posibles complicaciones o secuelas.
PALABRAS CLAVE	Cervicalgia, Cáncer de próstata, Cuidados Paliativos
TÍTULO DEL TRABAJO	PARÁLISIS DEL SÁBADO POR LA NOCHE UN SÁBADO POR LA MAÑANA, A PROPÓSITO DE UN CASO :
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Traumatología)
AUTOR	Letelier Lazo Claudia (1)
CO-AUTORES	Medina Becerra Pablo (2), Lorenzoni Mendez Eduardo (3), Letelier Lazo Iñaki (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Salamanca, Salamanca (2) Médico General de Zona, Hospital de Salamanca, Salamanca (3) Médico General de Zona, Hospital de Salamanca, Salamanca (4) Interno de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia
INTRODUCCIÓN	La parálisis del sábado corresponde a una neuropatía que se produce por compresión del nervio radial, generando imposibilidad para realizar flexión, extensión de muñeca y separación de dedos. La evolución natural es la recuperación entre 3-6 meses.

A continuación se presenta caso de paciente que presenta cuadro compatible con neuropatía radial, que al ser poco frecuente, es necesario un alto índice de sospecha de parte del médico general.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 67 años sin antecedentes mórbidos, acudió al servicio de urgencias del Hospital de Salamanca por cuadro de 4 horas de evolución que se caracterizó por parestesias desde la muñeca hacia distal en mano izquierda que se asoció a dolor en muñeca, sin irradiación, intensidad moderada e impotencia funcional para extensión y flexión de muñeca desde que despertó. Al interrogatorio relató cuadro crónico de tendinitis de hombro izquierdo no tratada que lo obligó a dormir en posición estática hacia la izquierda. Negó episodios similares previos, otros síntomas neurológicos, golpe o trauma reciente. Al examen físico destacó examen neurológico normal, extremidad superior izquierda con mano caída a nivel de muñeca, imposibilidad de extensión y flexión de muñeca, incapacidad de abducción de dedos tercero, cuarto y quinto ipsilateral, con función de pinza conservada. Paciente con clínica compatible con neuropatía radial (Parálisis de sábado por la noche), por lo que se presentó a traumatólogo del hospital de referencia quien indicó inmovilización, analgesia, terapia con corticoides, kinesioterapia y control precoz. Al control precoz paciente presentó mayor movilidad en tercer, cuarto y quinto orjejo, aún pendiente recuperar movilidad total de muñeca, por lo que continuó en controles.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Las neuropatías compresivas radiales varían su incidencia según sexo (3/100.000 en hombres), son patologías infrecuentes, pero muy importante que el médico general reconozca, ya que con manejo médico tienen buena evolución.
PALABRAS CLAVE	Nervio Radial. Mononeuropatía Radial. Parálisis Radial.

TÍTULO DEL TRABAJO COLECISTITIS AGUDA CON PRESENTACIÓN ATÍPICA COMO BRADICARDIA SINUSAL:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA d) Cirugía

AUTOR Cid Quidel Catherina (1)

CO-AUTORES Gajardo Silva Camila (1), Puentes Millao Javier (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Carahue, Carahue

INTRODUCCIÓN La colecistitis aguda es una inflamación de la vesícula biliar, comúnmente causada por obstrucción del conducto cístico debido a litiasis. Aunque su presentación típica incluye la tríada dolor en hipocondrio derecho, fiebre y leucocitosis, existen formas atípicas. Entre estas, la bradicardia refleja por estimulación vagal es infrecuente, pero relevante por su potencial para retrasar el diagnóstico. Se presenta un caso de colecistitis aguda con manifestación inicial como bradicardia sinusal severa.

PRESENTACIÓN DEL CASO Hombre de 31 años, antecedentes de colelitiasis, esteatosis hepática y epilepsia. Consulta por dolor epigástrico tipo cólico de 3 horas, intensidad 10/10 en escala visual análoga, con vómitos y diarrea. Al ingreso presenta bradicardia sinusal de hasta 35 latidos por minuto (lpm), sin otros signos vitales alterados. Electrocardiograma confirma ritmo sinusal sin alteraciones. El dolor mejora parcialmente con analgesia, subiendo la frecuencia a 55 lpm. Ecografía abdominal previa mostraba vesícula con litiasis múltiples. Tomografía computada con contraste de abdomen y pelvis muestra colelitiasis y distensión vesicular, compatible con colecistitis aguda en etapa inicial. Laboratorio sin leucocitosis ni alteración de bilirrubina y/o parámetros inflamatorios. Se deriva a cirugía, donde se realiza colecistectomía laparoscópica. Posterior a la intervención, la frecuencia se estabiliza sobre 60 lpm. Se obtuvo consentimiento informado para uso académico del caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El caso ejemplifica una forma atípica de colecistitis aguda, donde la bradicardia fue la clave diagnóstica. El reflejo cardio-biliar involucra estimulación vagal secundaria al dolor visceral, provocando una respuesta autonómica con disminución de la frecuencia cardíaca. La resolución quirúrgica confirmó el origen reflejo del cuadro. Se destaca la necesidad de considerar causas viscerales en bradicardias inexplicables del punto de vista cardiológico. El caso contribuye a la literatura al

destacar una forma inusual de presentación de una patología común y la utilidad del abordaje integral en urgencias.

PALABRAS CLAVE	Bradicardia, Colecistitis Aguda, Sistema Nervioso Autónomo
TÍTULO DEL TRABAJO	HEMATOMETRA SECUNDARIA A ESTENOSIS DEL CANAL CERVICAL POST CONIZACIÓN: REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	e) Ginecología y Obstetricia
AUTOR	Andrade Gutiérrez Daniela (1)
CO-AUTORES	Cáceres Mellado Daniela (2), Vásquez Salgado Carla (3), Varas Arredondo Adela (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Cesfam Gultro, Olivar (2) Médico general de zona, Cesfam Pemuco, Pemuco (3) Médico general de zona, Cesfam Alerce, Puerto Montt (4) Interna medicina, Hospital Dr Franco Ravera Zunino, Universidad San Sebastián, Rancagua
INTRODUCCIÓN	La hematometra es una condición médica que se caracteriza por la acumulación de sangre en la cavidad uterina, la causa más frecuente son anomalías congénitas, pero también puede ser adquirida a causa de procesos que produzcan obstrucción del canal cervical como una conización. Se presenta el caso de una paciente que presentó hematometra secundaria a estenosis del canal cervical producida por una conización cervical, y que requirió una histerectomía para su resolución.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 32 años, con antecedente de conización cervical el año 2023, ingresó al servicio de urgencias por dolor hipogástrico intenso de 5 días de evolución, asociado a síncope y distensión abdominal, además de un ritmo menstrual irregular con sangrado escaso desde la conización. La ecografía transvaginal evidenciaba la cavidad endometrial ocupada por imagen de contenido denso de 43 por 55 milímetros, sin flujo Doppler color, con patrón de vidrio esmerilado sugestivo de colección hemática. Paciente se ingresó por hematometra por estenosis de canal cervical, para resolución en pabellón con aspiración uterina, no se logró permeabilizar el cuello uterino luego de múltiples intentos, por lo que se decidió realizar histerectomía abdominal total y salpingectomía bilateral.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La hematometra es una entidad clínica que, si bien es infrecuente, debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial en mujeres con

antecedente reciente de procedimientos cervicales y que presentan sangrado uterino anormal, dolor pélvico cíclico o síntomas de obstrucción del tracto genital. El diagnóstico oportuno, basado en la historia clínica y confirmado por ecografía transvaginal, es fundamental. Finalmente, es importante informar adecuadamente a las pacientes sobre los posibles efectos adversos de la conización, y establecer un seguimiento que permita detectar y tratar de forma precoz este tipo de complicaciones.

PALABRAS CLAVE	Conización, Hematometra, Histerectomía
TÍTULO DEL TRABAJO	DERIVACIÓN DE PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO PREMATURO, UN DESAFÍO EN HOSPITALES DE BAJA COMPLEJIDAD:
CLASE	Caso clínico
CATEGORÍA	Ginecología y obstetricia
AUTOR	Zamorano Arellano Daniela (1)
CO-AUTORES	Spano Gajardo Andrea (1), Lobos Cifuentes Andrea (1)
AFILIACIÓN	Médico EDF Hospital de Mulchén, Mulchén
INTRODUCCIÓN	Durante el año 2021, un 9.49% de los partos fueron prematuros en Chile, dentro de estos un 1.4% corresponde a neonatos menores a 32 semanas de edad gestacional. Esto significa un gran riesgo, especialmente para aquellos centros que no cuentan con los requerimientos necesarios como un dispositivo de reanimación manual para oxigenación con presiones controladas, tubos endotraqueales neonatales o cunas radiantes con medidor de flujo de oxigenación.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Consulta usuaria de 37 años cursando embarazo de 23+6 semanas asociado a incompetencia cervical, con antecedente de parto prematuro previo de 28 semanas. Refiere dolor abdominal hipogástrico agudo y pérdida de líquidos por genitales. A la evaluación se confirma rotura de membranas y borramiento cervical 100% asociado a dilatación de 6 cm. Se decide traslado a centro de derivación de mayor complejidad ya que los recursos no son óptimos para el manejo del binomio. Sin embargo, este se dificulta por el alto riesgo de parto inminente en el móvil de traslado. Finalmente, se realiza traslado ingresando directamente a sala de parto, obteniendo un recién nacido prematuro con manejo oportuno por unidad de neonatología

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Es necesario objetivar qué pacientes en trabajo de parto se benefician de un traslado a un centro de mayor complejidad y cuáles no, para evitar riesgos durante el traslado. Dado esto se propone el uso del Score de Malinas, basado en 5 criterios que determinan la seguridad del traslado, y así optimizar los recursos de cada centro. La aplicación de este instrumento ha sido efectiva para evitar partos durante el traslado y manejo de partos en centros de baja complejidad. Sin embargo, tiene restricciones en casos complejos, como el caso presentado ya que independiente de ser un parto inminente se requiere un manejo más especializado para aumentar la sobrevivencia del recién nacido.
PALABRAS CLAVE	Parto prematuro, Score de malinas, trabajo de parto,
TÍTULO DEL TRABAJO	DISTONÍA OROMANDIBULAR FARMACOLÓGICA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC).
CATEGORÍA	g) Neurología.
AUTOR	Gómez Reyes Carolina (1)
CO-AUTORES	Nickel Alegría Heinz (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Los Lagos, Los Lagos.
INTRODUCCIÓN	La distonía corresponde a contracciones musculares repetitivas e involuntarias; como la oromandibular que afecta los músculos de la cara, mandíbula y en ocasiones la lengua. Dentro de sus causas están los traumatismos, encefalitis, accidentes cerebrovasculares, enfermedades neurodegenerativas, farmacológicas, entre otras. Uno de los fármacos antieméticos con buen efecto, accesible y de bajo costo que puede presentar síntomas extrapiramidales es la metoclopramida, con mayor riesgo según dosis y tiempo de uso. Si bien sus efectos adversos no son muy frecuentes, estos existen y no deben ser infravalorados, más aún en pacientes con comorbilidades, femeninas y menores de 30 años.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 61 años con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo e insuficiencia cardíaca. Consulta por 3 horas de evolución de parestesias en hemicara izquierda y disartria; ingresa hipertensa, con desviación de la comisura labial a derecha y movimientos involuntarios en músculos orofaciales principalmente en lengua. Por

alteración neurológica, tiempo y riesgo cardiovascular se presenta a neurología, se diagnostica distonía oromandibular. En exámenes sólo destaca creatinina de 1.62mg/dL. Se hospitaliza y se maneja con benzodiacepinas y se hospitaliza. Ante los múltiples diagnósticos diferenciales se realiza una anamnesis exhaustiva, sin antecedentes enfermedades neurodegenerativas, sin cefalea, trauma, fiebre u otros síntomas. Se pesquiza que 2 días antes se automedicó con 10 mg de metoclopramida oral. Los síntomas cesan y se asume su riesgo el ser mujer y una falla renal no diagnosticada.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La distonía presenta una variedad de diagnósticos diferenciales, así como la gravedad de estos, es relevante recordar una buena anamnesis clínica sumado a recordar el uso racional de fármacos tanto a personal clínico como a la población. La metoclopramida se utiliza de forma frecuente no solo por su efecto antiemético sino también por su accesibilidad, sin consideración de sus potenciales riesgos.

PALABRAS CLAVE Comorbilidad, Distonía, Metoclopramida.

TÍTULO DEL TRABAJO EL DILEMA DEL DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE (DAI) EN CUIDADOS PALIATIVOS (CP), LA IMPORTANCIA DE UNA CONVERSACIÓN PRECOZ:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA Medicina Familiar

AUTOR Dávila Contreras Gabriel (1)

CO-AUTORES Corvalán Avendaño Belén (1), Gonzalez Lagos Tomás (1)

AFILIACIÓN (1) Médico(a) General de Zona, Hospital de Purén, Purén

INTRODUCCIÓN El DAI tiene como objetivo detectar y tratar arritmias potencialmente letales. En el contexto de pacientes en CP, estas arritmias muchas veces constituyen el proceso normal de muerte. El discutir oportunamente sobre su desactivación sigue siendo una práctica poco utilizada por los profesionales de salud.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 82 años autovalente, con antecedente de insuficiencia cardíaca usuario de DAI. Consulta por síndrome consuntivo de 1 mes de evolución, el estudio imagenológico inicial evidencia múltiples lesiones focales hepáticas de aspecto metastásico. A la espera de completar estudio se ingresa a CP (Karnofsky: 40). Evoluciona con rápido deterioro clínico y descompensación respiratoria por lo que se

plantea por primera vez la posibilidad de desactivar el DAI. A la espera de una decisión por parte de la familia e indicaciones desde nivel secundario, se decide continuar manejo de fin de vida en domicilio, a las pocas horas paciente fallece junto a sus cercanos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Diversa evidencia respalda la importancia de conversar sobre la desactivación del DAI junto al paciente y/o su familia. Hasta un 57% de los pacientes está dispuesto a discutir sobre la desactivación y entre un 12% a 79% manifiesta su deseo de desactivación. En algunos casos el DAI se convierte en un elemento más deletéreo que beneficioso, hasta un 32% de pacientes en CP reciben descargas en las últimas 24 horas, llegando hasta 15-20 descargas las últimas horas de vida. Resulta fundamental discutir la opción de desactivar el DAI en pacientes en CP como parte de las voluntades anticipadas. Si bien la decisión de cuándo es el momento más adecuado para realizarlo sea difícil de tomar, no cabe duda de que abordar el tema de forma precoz evita aumentar la incertidumbre que vive tanto la familia como el equipo tratante durante el manejo de un paciente en fin de vida.
PALABRAS CLAVE	Cuidados Paliativos, Desfibrilador automático implantable, Insuficiencia cardiaca

TÍTULO DEL TRABAJO INFARTO RENAL COMO CAUSA DE DOLOR LUMBAR AGUDO:

CLASE Caso Clínico

CATEGORÍA h) Especialidades (urología)

AUTOR Chávez Collao Oscar (1)

CO-AUTORES Parada Marambio Francisco (1)
Abarza San Martín Carmen (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Lebu Norte, Lebu
(2) Médica General de Zona, Hospital Santa Isabel de Lebu, Lebu

INTRODUCCIÓN El infarto renal es infrecuente, cuya incidencia es probablemente mayor a lo reportado, debido a la similitud de sus síntomas con afecciones más comunes, lo que retrasa o dificulta el diagnóstico. Según la severidad puede llevar a hipertensión renovascular y/o enfermedad renal crónica (ERC). No hay consenso respecto al tratamiento dada la falta de estudios comparativos.

PRESENTACIÓN DEL CASO Mujer de 53 años, diabética tipo 2, consulta en urgencias por lumbalgia derecha intensa y náuseas de 8 horas de evolución. En los exámenes destacaba leucocitosis, lactato deshidrogenasa (LDH) elevada y orina completa normal. Se solicitó una tomografía computarizada (TC) de abdomen contrastada que informó imagen no captante en tercio superior del riñón derecho compatible con infarto renal. Se inició anticoagulación con heparina y acenocumarol. Estudio inmunológico y de trombofilias negativo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El infarto renal es causado por oclusión completa o parcial de la arteria renal o sus ramas. Las principales causas son un émbolo, o trombosis debido a un estado subyacente de hipercoagulabilidad, daño o disección de la arteria renal. La clínica suele ser atribuida a otros diagnósticos. La edad de presentación va desde los 43 a los 65 años dependiendo de la etiología. Aunque suele ser unilateral, hay compromiso bilateral hasta en el 20% de los casos. Se debe sospechar en casos de dolor súbito abdominal en flancos o región lumbar, alteración de función renal, LDH elevada, hematuria o proteinuria y que no presentan otro diagnóstico que explique el cuadro. Otros síntomas incluyen náuseas, vómitos y fiebre. La sospecha aumenta si hay enfermedad cardiovascular, especialmente fibrilación auricular.

El examen de elección para el diagnóstico es la TC contrastada. Un diagnóstico temprano es esencial para iniciar terapia, lo cual optimiza la recuperación de la función renal. Las opciones de tratamiento incluyen trombólisis intravascular o sistémica, anticoagulación y terapia antiplaquetaria.

PALABRAS CLAVE	Infarto; Lumbalgia; Arteria Renal
TÍTULO DEL TRABAJO	ERITRODERMIA COMO PRESENTACIÓN DE UN SÍNDROME ANTISINTETASA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA	h) Especialidades (Dermatología, Reumatología)
AUTOR	Juan Díaz Venegas (1)
CO-AUTORES	José Gutiérrez Miranda (1), Maximiliano Muñoz Aguilera (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano EDF, CESFAM Coñaripe, Coñaripe. (2) Médico Cirujano EDF, Hospital de Lanco, Lanco.
INTRODUCCIÓN	El síndrome antisintetasa (SA) es un tipo de miopatía de origen autoinmune que combina miopatía inflamatoria, enfermedad pulmonar intersticial, artritis no erosiva y presencia de anticuerpos antisintetasa. Su etiología es desconocida y de muy baja prevalencia. Existen manifestaciones dermatológicas en el SA, siendo la eritrodermia una forma de presentación muy infrecuente pero que requiere de un diagnóstico y derivación precoz.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 21 años consultó en atención primaria por cuadro de 1 semana de evolución de lesiones cutáneas eritematosas, luego descamativas, pruriginosas, que iniciaron en cara y progresaron hasta cubrir toda la superficie corporal, asociadas a sensación febril, artralgias generalizadas, eritema malar, fotosensibilidad y alopecia. Al estudio ambulatorio destacó ANA patrón citoplasmático y/o mitótico positivo 1/320, hipocomplementemia, ENA negativo, anti-DNA positivo 1/80. Se deriva a hospitalización en centro de alta complejidad. Laboratorio inicial destacó hemoglobina 11.4 g/dl, Glóbulos blancos $20.770 \times 10^3/\mu\text{L}$, Eosinofilia 32%. Se realizó tomografía de tórax con hallazgos de neumonía intersticial no específica fibrótica, y panel de miopatías que destacó anticuerpos anti PL-12 positivo (+++). Biopsia de piel destacó dermatitis psoriasiforme y de interfase vacuolar con focos de espongiosis perivascular superficial linfocitaria con eosinófilos. Dado hallazgos

histopatológicos junto al estudio de inmunofluorescencia directa se realizó diagnóstico de SA, iniciándose tratamiento inmunomodulador y terapia biológica con rituximab, logrando buena respuesta clínica durante hospitalización.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La eritrodermia es una manifestación dermatológica progresiva que requiere de un diagnóstico precoz para prevenir sus complicaciones como alteraciones hidroelectrolíticas, termorregulación y sobreinfección. En el SA es una forma de presentación inusual, siendo el compromiso sistémico y pulmonar los elementos clínicos importantes para el apoyo diagnóstico, así como exámenes complementarios incluyendo estudio autoinmune y biopsia cutánea. Es importante que los profesionales de la salud realicen una derivación temprana para mejorar el pronóstico de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE Enfermedades Autoinmunes, Eritrodermia, Miositis.

TÍTULO DEL TRABAJO LIPOSARCOMA DE HOMBRO DERECHO, BIEN DIFERENCIADO, NO METASTÁSICO, COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LIPOMA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (CC).

CATEGORÍA d) Cirugía

AUTOR Bermont Portilla Constanza (1)

CO-AUTORES Avello Díaz Hugo (1), Marchant Bouffanais Ignacio (2), Garrido Podega Consuelo (3).

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Curepto, Curepto. (2) Odontólogo General de Zona, Hospital de Curepto, Curepto. (3) Interna de Medicina, Universidad de Talca, Talca.

INTRODUCCIÓN Los sarcomas, tumores malignos raros de origen mesenquimal, constituyen menos del 1% de las neoplasias malignas en adultos; los liposarcomas representan el 20% de estos. Suelen manifestarse como una masa indolora de crecimiento gradual, similar a un lipoma; en ocasiones producen síntomas por compresión (parestesias, edema), y raramente fiebre o pérdida de peso. Este caso destaca la relevancia de estudios complementarios exhaustivos, ante lesiones tumorales aparentemente benignas, para un diagnóstico certero.

PRESENTACIÓN DEL CASO Hombre de 67 años, con hipertensión y dislipidemia, consulta por dolor de hombro de seis meses, punzante, intermitente, exacerbado por

esfuerzo físico. Estudio ecográfico reporta tendinosis de tendón supraespinoso, subescapular e infraespinoso, además de imagen sugestiva de lipoma; se diagnostica Síndrome de manguito rotador, y se deriva a Cirugía Menor. Durante exéresis, lesión impresiona de mayor tamaño al descrito en ecografía, con pedículo profundo; aun así se logra resección completa. La biopsia reporta un Liposarcoma bien diferenciado, con bordes libres. Se deriva a Cirugía Cabeza y Cuello, estudiándose con Resonancia Magnética, que informa cambios posquirúrgicos fibrosos cicatriciales ,del plano subcutáneo dorsal del hombro, sin signos de recidiva macroscópica. Seguimiento imagenológico a los seis y doce meses, no evidencia recurrencia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Los tumores de partes blandas son frecuentes en todo el sistema musculoesquelético y abarcan tanto lesiones benignas como malignas. El enfrentamiento diagnóstico generalmente comienza con la ecografía, debido a su accesibilidad y bajo costo, sin embargo, los hallazgos pueden ser inespecíficos. La Resonancia Magnética tampoco es específica para distinguir entre lipomas, variantes de lipomas y algunos liposarcomas bien diferenciados. Los liposarcomas, según su tipo histológico, presentan comportamiento variable, desde bajo potencial metastásico, hasta invasión de tejidos blandos, médula ósea y/o pulmón. Ante clínica inespecífica, estudios imagenológicos poco específicos, heterogeneidad y potencial agresividad, es imprescindible el estudio anatomopatológico de cualquier lesión extirpada, para garantizar un manejo adecuado y oportuno.

TÍTULO DEL TRABAJO GRAN ALTITUD COMO DESCOMPENSANTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN PACIENTE CON ERITROCITOSIS SECUNDARIA:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Araya Daveno Sergio (1)

CO-AUTORES Del Real Hidalgo Sebastián (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar de Putre, Putre

INTRODUCCIÓN La eritrocitosis es un síndrome de etiología multifactorial, caracterizado por un incremento anormal de la masa eritrocitaria, la hemoglobina (Hb) y el hematocrito (Hto). La Hipertensión Arterial (HTA) es una de las complicaciones presentes en la eritrocitosis.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 38 años, con antecedentes de tabaquismo crónico, obesidad y trabajo en Putre (3550 metros sobre el nivel del mar), acude al Centro de Salud Familiar de Putre por cuadro caracterizado por dolor torácico opresivo, de unos 5 minutos de duración, posterior a caminata, que cede espontáneamente. Se deciden realizar 2 electrocardiogramas donde se evidencia supradesnivel del ST en V1 y V2, sin evolutividad. Por lo anterior, se deriva al Hospital Regional Juan Noe Crevani en Arica, donde ingresa sin dolor torácico, pero presentando crisis hipertensiva y destacando en hemograma, Hb de 22. Se decide iniciar bomba de infusión continua de Nitroglicerina y hospitalizar para mayor estudio. Se realiza coronariografía sin presentar lesiones obstructivas y se complementa el estudio con ecografía transtorácica mostrando hipertrofia ventricular izquierda. Por buena evolución, se da de alta con diagnósticos de HTA y eritrocitosis. Se deja estudio ambulatorio realizándose diagnóstico de eritrocitosis secundaria.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En condiciones de altitud se produce un incremento de la presión arterial y una respuesta exacerbada durante el ejercicio. Por otra parte, la altitud produce hipoxemia, lo que a su vez induce que se produzcan grandes cantidades de hematíes. Los pacientes con HTA asociada a eritrocitosis patológicas requieren mantener los niveles de Hb bajo lo normal, ya que cuando incrementa la Hb, la HTA empieza a descompensarse. En todo paciente que se encuentre en altitud, es importante ir a buscar de forma dirigida la presencia de HTA y eritrocitosis. Estos son aspectos relevantes a considerar en el desarrollo de medidas preventivas y el control de la presión arterial, especialmente en trabajadores.
PALABRAS CLAVE	Eritrocitosis, hipertension arterial, altitud.
TÍTULO DEL TRABAJO	TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DIAGNOSTICADA EN URGENCIAS MEDIANTE ANGIOTOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA: UNA ALTERNATIVA FRENTE A LA FALTA DE ECOGRAFÍA DOPPLER:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades: Radiología
AUTOR	Cid Quidel Catherina (1)
CO-AUTORES	Gajardo Silva Camila (1), Puentes Millao Javier (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Carahue, Carahue

INTRODUCCIÓN	La trombosis venosa profunda (TVP) es una patología frecuente con riesgo de complicaciones graves y amenazantes para la vida, como tromboembolismo pulmonar. La ecografía Doppler es el método diagnóstico de elección, pero su disponibilidad puede ser limitada en ciertos contextos como la de hospitales de baja complejidad. La angiотомografía computarizada (Angio-TAC), aunque no es el estudio estándar, puede aportar hallazgos útiles en casos seleccionados, especialmente en territorios venosos proximales.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 58 años con antecedente de TVP femorotibial derecha y probable trombofilia primaria no confirmada. Acude al servicio de urgencias por dolor persistente en rodilla derecha tras caída hace un mes. Al examen físico destaca empastamiento, eritema y aumento de volumen en muslo derecho. En los exámenes destaca el Dímero D 11. Electrocardiograma sin hallazgos relevantes. Ecografía Doppler no disponible al momento de consulta de paciente; se realiza angio-TAC de extremidades inferiores, que muestra defectos de llenado hipodensos en vena ilíaca común, externa, femoral común, superficial, profunda y poplítea derecha, compatibles con TVP extensa. Se hospitaliza e inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular, evolucionando favorablemente. Se inicia tratamiento con acenocumarol por probable segundo episodio de TVP en contexto de trombofilia hereditaria, con derivación a policlínico de anticoagulación.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El angio-TAC no se recomienda como estudio inicial en la evaluación de TVP, pero puede ser útil ante imposibilidad de realizar ecografía Doppler, especialmente si hay alta sospecha clínica y compromiso de territorios proximales o ilíacos, difíciles de visualizar ecográficamente. Este caso ilustra su valor como alternativa diagnóstica válida en contextos clínicos seleccionados tales como en este caso, permitiendo el inicio oportuno de la anticoagulación requerida.
PALABRAS CLAVE	Angiografía por Tomografía Computarizada, Anticoagulantes, Trombosis de la Vena
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE TAKOTSUBO UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN CONTEXTO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina interna
AUTOR	Arnello Vargas Eduardo(1).
CO-AUTORES	Cervera Gaete Valentina(1), Alarcón Chávez Javier(1).

AFILIACIÓN	(1) Medico General de Zona, Hospital San José de Casablanca, Casablanca.
INTRODUCCIÓN	La miocardiopatía por estrés (o síndrome de Takotsubo), constituye una anormalidad aguda y poco frecuente del miocardio, caracterizada por una disfunción sistólica regional transitoria que simula un infarto agudo de miocardio (IAM), en ausencia de enfermedad coronaria o ruptura de placas evidenciadas por angiografía. Es mucho más frecuente en mujeres. Se presentó el caso de una paciente que consultó a un servicio de urgencias de baja complejidad con diagnóstico inicial de síndrome coronario agudo (SCA). El objetivo es visibilizar un diagnóstico poco frecuente en contexto de SCA.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Con consentimiento informado, se documentó el caso de una mujer de 48 años, con antecedentes de IAM hace dos años, hipertensión arterial y dislipidemia, quien ingresó por un cuadro de menos de una hora de evolución de dolor torácico acompañado de debilidad en las extremidades superiores, sin otros síntomas asociados, tras haber experimentado un episodio de intenso estrés emocional el día anterior. El examen físico no evidenció alteraciones relevantes, aunque se identificó crisis hipertensiva. El electrocardiograma mostró ondas T asimétricas en la pared lateral (V5-V6). Se inició manejo para SCA y crisis hipertensiva, considerándose un SCA sin elevación del segmento ST. Se solicitaron troponinas no ultrasensibles, cuyo resultado fue positivo (2.1 ng/ml). La paciente fue trasladada a un hospital de mayor complejidad, donde se confirmó compromiso cardíaco mediante troponinas ultrasensibles (63.484 pg/ml) y se realizó una coronariografía que no mostró cambios coronarios en comparación con estudios previos, no obstante, se observó balonamiento apical, compatible con el diagnóstico de síndrome de Takotsubo.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El síndrome de Takotsubo debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes con presentación de SCA, lo que resalta la importancia de realizar estudios coronarios y ventriculografía de manera oportuna. Este caso contribuye a la visibilización de una entidad aún poco reconocida en la práctica clínica.
PALABRAS CLAVE	Cardiomiopatía de Takotsubo; Cardiomiopatías; Síndrome Coronario Agudo

TÍTULO DEL TRABAJO	USO DE COLGAJO ANTEROLATERAL DE MUSLO PARA RECONSTRUCCIÓN POST GLOSECTOMÍA TOTAL POR CÁNCER DE LENGUA: A PROPÓSITO DE UN CASO.
CLASE	Caso Clínico.
CATEGORÍA	Caso clínico (cc) d)
AUTOR	Molina Arias Romina (1)
CO-AUTORES	Burgos Andrade Abraham (2) Castro Bustamante Cristobal (2) Diaz Rubilar Camilo (2)
AFILIACIÓN	1) Médico Cirujano, Hospital Provincial Dr. Rafael Avaria Valenzuela de Curanilahue, Curanilahue, Chile 2) Interno de medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile.
INTRODUCCIÓN	El colgajo anterolateral de muslo es una técnica quirúrgica utilizada en cirugía reconstructiva para cobertura de defectos en diversas partes del cuerpo. En el contexto de defectos orales como los que afectan a la lengua, el uso de este colgajo ha tomado un rol significativo.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 51 años, con antecedentes de alcoholismo y tabaquismo. En enero del 2023 es derivado desde su centro por lesión en piso de boca de 4 meses de evolución. Al examen físico destaca una lesión indurada de aproximadamente 5x3 cm de diámetro, bajo anestesia local se toma biopsia Incisional y se presenta caso a cirugía de cabeza y cuello donde se decide el ingreso hospitalario para estudio por sospecha de cáncer de piso de boca. Se rescata biopsia dando resultado para Carcinoma de células escamosas, por lo que se decide resolución quirúrgica, donde se realiza disección de grupos ganglionares cervicales, resección de piso de la boca, glosectomía total con reconstrucción con colgajo anterolateral del

muslo, mandibulectomia con osteosíntesis y traqueostomía. Posteriormente el paciente es trasladado a UTI con evolución regular, presentando Neumonía nosocomial con buena respuesta a antibióticos, donde posteriormente se traslada a sala básica de cirugía, evoluciona con trastorno deglutorio severo por lo que se realiza Gastrostomía, rehabilitación

kinesiológica, fonoaudiológica y de terapia ocupacional. Finalmente es dado de alta en su día 70 post cirugía, con posterior evaluación para inicio de Radioterapia, control en policlínico de cirugía y rehabilitación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El carcinoma de células escamosas de la lengua es el cáncer más diagnosticado en la cavidad oral que presenta un comportamiento agresivo. La cirugía es la primera opción de tratamiento, donde se debe realizar una reconstrucción. El uso del colgajo anterolateral de muslo se ha consolidado como una de las opciones más efectivas en la actualidad en lograr una adecuada funcionalidad y estética.

PALABRAS CLAVE Cáncer oral, Colgajo anterolateral de muslo, Glosectomía.

TÍTULO DEL TRABAJO Queratodermia palmoplantar climatérica en mujer previamente sana, a propósito de un caso:

CLASE h) Especialidades: Dermatología

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Peñailillo Valdés, Rocío (1)

CO-AUTORES Alarcón Gayosa, Sebastián (2)
Carter Álvarez, Javiera (3)
Pool Muñoz, Hugo (4)

AFILIACIÓN (1) (2) (3) (4) Médico en Etapa de Destinación y Formación (EDF) Cesfam Bahía Mansa, San Juan de la Costa, Provincia de Osorno, Región de Los Lagos.

INTRODUCCIÓN Las queratodermia palmoplantares adquiridas (QPPA) son trastornos no hereditarios caracterizados por engrosamiento anormal de la piel de palmas y/o plantas. Existen diversas etiologías: climatérica, uso medicamentos, enfermedades sistémicas, entre otros. En relación con la QPPA climatérica se presenta con frecuencia en mujeres de 47 a 69 años, principalmente en zonas de presión de las

plantas de forma bilateral, seguidas de afectación palmar. Es una patología infradiagnosticada con escasos datos epidemiológicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO Femenina de 57 años, sin antecedentes mórbidos, refiere menopausia precoz a los 37 años (sin remplazo hormonal). Consulta por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por hiperqueratosis en zona plantar bilateral a nivel del talón, descamación, prurito, dolor tipo urente e hiperestesia, sin afectación palmar. Presentaba fracaso en el tratamiento realizado con antifúngicos, corticoides tópicos y antihistamínicos. Paciente refiere importante impacto en calidad de vida con dolor a la deambulación. Es derivada con dermatología quien realiza diagnóstico de QPPA climatérica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La QPPA climatérica se desarrolla tras el inicio de la menopausia, es una dermatosis poco frecuente, pero puede afectar en gran medida la calidad de vida. Se han reportado casos refractaria a esteroides tópicos y queratolíticos con buena respuesta a tratamiento de remplazo hormonal. Es importante que profesionales de atención primaria tengan un alto nivel de sospecha de dicha patología para poder realizar una evaluación completa considerando antecedentes gineco-obstétricos y así evitar retrasos en el diagnóstico y tratamiento.

PALABRAS CLAVE Queratodermia Palmoplantar, Climaterio, Queratodermia Palmar y Plantar Difusa

TÍTULO DEL TRABAJO SÍNDROME DE CAUDA EQUINA EN LA PERSONA MAYOR: LUMBALGIA CON BANDERAS ROJAS COMO MANIFESTACIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO:

CLASE g) Neurología

CATEGORÍA Caso clínico (CC)

AUTOR Tapia Boksamy Loreto (1)

CO-AUTORES Hirmas Olivares Yasmin (2), Pablo Barrueto Weisse (3).

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Miguel Solar, Santiago. (2) Médico General de Zona, CESFAM Miguel Solar, Santiago. (3) Médico General de Zona, CESFAM Puqueldón, Puqueldón

INTRODUCCIÓN El dolor lumbar es común en personas mayores y puede ir desde causas benignas hasta malignas como neoplasias. Una anamnesis detallada y la detección de “banderas rojas” son esenciales para un diagnóstico y tratamiento precoz, evitando complicaciones neurológicas. Este informe

presenta un caso de lumbalgia en una persona mayor donde no se identificaron las banderas rojas a tiempo. Se describe la evolución clínica, el diagnóstico y el manejo inicial, destacando la relevancia de identificar precozmente estos signos de alarma para prevenir desenlaces negativos.

PRESENTACIÓN DEL CASO Masculino, 83 años. Consultó por lumbalgia bilateral de 3 meses de evolución, carácter inflamatorio, intensidad moderada, irradiado a ambas extremidades inferiores, asociado a baja de peso. Con progresión sintomática, realizó múltiples consultas en morbilidad médica y servicios de urgencia, sin lograr alivio. Durante las dos últimas semanas, presentó aumento significativo del dolor, trastorno progresivo de la marcha, caídas de nivel y finalmente paresia de extremidades inferiores, hipoestesia en silla de montar e incontinencia urinaria. Fue evaluado en urgencia hospitalaria bajo sospecha de síndrome de cauda equina, por lo que se realizó una resonancia magnética dorsolumbar que reveló una lesión expansiva de características metastásicas a nivel de la vértebra T7, con raquiestenosis del segmento. La biopsia ósea arrojó una muestra compatible con un origen neoplásico prostático. Debido al compromiso descrito, fue derivado para atención crónica a través del Programa de Dependencia Severa.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El dolor lumbar en personas mayores puede ser signo de enfermedades graves como el cáncer metastásico. En este caso, la falta de pesquisa de banderas rojas retrasó el diagnóstico de un cáncer de próstata que debutó como un síndrome de cauda equina, generando secuelas neurológicas severas. Se releva la importancia de una anamnesis completa por parte del equipo de salud para sospechar oportunamente patologías graves y evitar complicaciones irreversibles.

PALABRAS CLAVE Cáncer de Próstata, Cauda equina, Dolor lumbar.

TÍTULO DEL TRABAJO ESTENOSIS SUBGLÓTICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Paredes Merino Bárbara (1)

CO-AUTORES Figueroa Grant Bárbara (1)
Quiero Mena Javiera (1)

AFILIACIÓN	(1) Medico General de Zona, Hospital de Huepil, Tucapel
INTRODUCCIÓN	La granulomatosis con poliangitis es una inflamación granulomatosa necrotizante, generalmente localizada en las vías respiratorias superiores e inferiores, y vasculitis necrotizante que afecta principalmente vasos pequeños y medianos. Puede adoptar una forma limitada, particularmente del tracto respiratorio superior o inferior. En tales casos pueden no encontrarse características de vasculitis sistémica, pero si se observan cambios clínicos y patológicos idénticos a los cambios descritos en las vías respiratorias de enfermos con poliangitis granulomatosa, sobre todo con la presencia de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA).
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 61 años, con antecedente de hipertensión arterial con historia de 2 años de tos seca, evoluciona con estridor inspiratorio progresivo. Nasofibroscopia en extrasistema evidencia costras en cavidad nasal hasta laringe, observación estenosis subglótica. Agosto 2024 se pesquisa nódulo pulmonar cavitado, se sospecha malignidad sin embargo queda con seguimiento imagenológico. Reevaluada por estridor más disfonía por otorrinolaringólogo en Concepción, se realiza estudio inmunológico que resulta anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos con patrón citoplasmático (ANCA-c) + y proteinasa 3 (PR3) + derivándose a Hospital regional de Concepción para estudio, iniciando bolos de metilprednisolona por 3 días y continuando con prednisona vía oral. Evaluada por broncopulmonar donde se concluye que nódulo pulmonar cavitado es secundario a granulomatosis con poliangitis. Evaluada por neurología que evidencia polineuropatía largo dependiente sensitivo-motora nervio peroneo manejada con gabapentina. Es derivada a Hospital de los ángeles para continuar manejo donde completa infusión de ciclofosfamida sin incidentes decidiendo alta para continuar controles ambulatorios.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Esta patología generalmente comienza con síntomas de vías respiratorias superiores (70%), pulmonares (45%) y renales (<20%), donde cambios en el sistema nervioso son tardíos y aparecen en aproximadamente 20%, raramente como polineuropatía periférica. Por esta razón debe ser considerada dentro de diagnósticos diferenciales en pacientes con reducción de permeabilidad de conductos nasales, ulceraciones o síntomas de obstrucción de vía aérea superior como tos.
PALABRAS CLAVE	Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos, Granulomatosis, Vasculitis.

TÍTULO DEL TRABAJO	SINGULTO PERSISTENTE COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA	g) Neurología
AUTOR	Juan Díaz Venegas (1)
CO-AUTORES	José Gutiérrez Miranda (1), Maximiliano Muñoz Aguilera (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano EDF, CESFAM Coñaripe, Coñaripe. (2) Médico Cirujano EDF, Hospital de Lanco, Lanco.
INTRODUCCIÓN	El singulto es una contracción espasmódica involuntaria del diafragma, acompañada por un cierre repentino de la glotis, lo que produce el característico y peculiar sonido “hip”. El singulto persistente es aquel cuya duración supera las 48 horas y tiene múltiples etiologías, dentro de las cuales se encuentran patologías neurológicas, dentro de las cuales es infrecuente los accidentes cerebrovasculares del lóbulo frontal.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 70 años, con antecedente de tabaquismo activo consultó en atención primaria por cuadro de 7 días de evolución de singulto persistente, asociado a náuseas, mareos e inapetencia sin otros síntomas. Examen físico abdominal y neurológico sin alteraciones. Se derivó a centro de alta complejidad para estudio neurológico, donde la angiotomografía computarizada cervical impresionó sin signos de estenosis arterial significativa ni oclusión intracraneana proximal, y a la tomografía cerebral impresionó infarto lacunar antiguo en cuerpo estriado derecho y en región cerebelosa izquierda. Se inició estudio de posibles causas gastrointestinales y paraneoplásicas, y en lo neurológico se complementó estudio con Resonancia Magnética stroke diferido donde se observó restricción puntiforme del giro precentral izquierdo, diagnosticándose un accidente cerebrovascular isquémico frontal

izquierdo no secuelado. Se iniciaron medidas antitrombóticas, evolucionando con regresión espontánea del singulto.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El singulto persistente puede ser manifestación de patologías potencialmente graves, principalmente gastrointestinales y neurológicas dentro de las cuales se ha asociado principalmente a infarto de fosa posterior (infarto medular lateral o síndrome de Wallenberg) pero no como manifestación de compromiso frontal. Ante la presencia de singulto prolongado asociado o no a signos neurológicos, disfagia o neumonía, se debe realizar una derivación precoz para un estudio etiológico y manejo oportuno.

PALABRAS CLAVE Accidente Cerebrovascular, Hipo, Infarto Cerebral

TÍTULO DEL TRABAJO MÁS ALLÁ DE LA GASTROENTERITIS: DEBUT DE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL PRIMARIA A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Paredes Merino Bárbara (1)

CO-AUTORES Figueroa Grant Bárbara (1)
Quiero Mena Javiera (1)

AFILIACIÓN (1) Medico General de Zona, Hospital de Huépil, Tucapel

INTRODUCCIÓN La insuficiencia suprarrenal primaria es un conjunto de manifestaciones clínicas secundarias a la deficiencia persistente de las hormonas de la corteza suprarrenal (CS), principalmente del cortisol, a consecuencia de la destrucción directa de las glándulas suprarrenales. La causa más frecuente es la autoinmune. Se desarrolla en alrededor de 4/100.000 individuos por año. Se identifica en personas de todas las edades, con una incidencia equivalente en ambos sexos y una tendencia a manifestarse clínicamente durante situaciones de estrés metabólico, infección o traumatismos.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente de 37 años, sin antecedentes mórbidos, sin fármacos crónicos, sin alergias, no bebe alcohol, no fuma; sin antecedentes familiares endocrinológicos.

Con historia de 2 años evolución, de cuadros intermitentes caracterizados por dolor abdominal, diarrea y vómitos, asociado a CEG, fatiga y baja de peso, con múltiples consultas en servicio de urgencia manejados de forma ambulatoria como gastroenteritis.

En ultima consulta de urgencia es traído por familiares por compromiso del estado general asociado a diarrea y vómitos cuantiosos, ingresa diaforético, hipotenso y con compromiso cualitativo de conciencia, destaca hemoglucotest 38mg/dl, exámenes de urgencia destaca Sodio 129, Potasio 7.8 Crea 1.55 y Cortisol critico 0.4 por lo que se decide hospitalizar para continuar manejo de insuficiencia suprarrenal. Durante hospitalización se inicia manejo con hidrocortisona y fludrocortisona con buena respuesta, con TAC de abdomen y pelvis sin hallazgos significativos por lo que se decide alta para continuar controles ambulatorios.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Dentro de los síntomas de insuficiencia suprarrenal, destacan: fatiga, debilidad muscular, disminución del apetito y pérdida de peso. Algunas personas experimentan náuseas, vómitos y diarrea, por lo que puede confundirse con cuadros mas comunes como la gastroenteritis aguda, sobre todo en personas jóvenes. Por lo que ante consultas reiteradas en establecimientos de salud por síntomas antes mencionados se debería realizar exámenes de laboratorio para poder ampliar estudio y poder sospechar esta patología.

PALABRAS CLAVE Hiperkalemia, Hiponatremia, Insuficiencia suprarrenal.

TÍTULO DEL TRABAJO PARAPLEJIA ESPÁSTICA HEREDITARIA A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA g) Neurología

AUTOR Tapia Del Río Daniela (1)

CO-AUTORES Garrido Pereira Camila (2), Gatica Pinilla Camila (3)

AFILIACIÓN (1) Médico general de zona, Consultorio Victor Domingo Silva, Coyhaique.
(2) Medico general de zona, CECOSF Chacabuco, Aysén.
(3) Medico General de zona, CECOSF Villa Mañihuales, Aysén.

INTRODUCCIÓN La debilidad progresiva en las extremidades inferiores es un síntoma preocupante que puede ser indicativo de diversas condiciones médicas, desde enfermedades neuromusculares hasta trastornos genéticos hereditarios.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta el caso de una paciente femenina de 48 años con una historia de 4 años de evolución de debilidad en las extremidades inferiores que fue empeorando con el tiempo. Tras una evaluación inicial, se planteó el diagnóstico de Esclerosis lateral amiotrófica (ELA) debido a la presentación clínica y electromiografía que informaba afectación de segunda motoneurona. Sin embargo, evolución atípica (rápida progresión y apraxia) generó dudas respecto a diagnóstico por lo que se decidió realizar estudio genético que reveló presencia de paraplejia espástica hereditaria (PEH) de tipo SGN 3A condición genética poco frecuente que afecta el sistema nervioso central y se caracteriza por debilidad y rigidez muscular progresiva en las piernas.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso resalta la importancia de realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo en pacientes con síntomas neuromusculares complejos. La presentación clínica a menudo puede solaparse entre diferentes enfermedades, como en el caso de la ELA y la paraplejia espástica hereditaria. El diagnóstico preciso es fundamental para establecer un plan de tratamiento adecuado y brindar el mejor cuidado posible al paciente. En casos de evolución atípica o dudas diagnósticas, la realización de estudios genéticos específicos puede ser esencial para identificar condiciones genéticas hereditarias subyacentes, como en el caso de la paciente con SGN 3A.
PALABRAS CLAVE	Esclerosis lateral amiotrófica, paraplejia espástica hereditaria, motoneurona.
TÍTULO DEL TRABAJO	OFTALMOPLEJÍA DOLOROSA Y SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT: REPORTE DE UN CASO:
CLASE	h) Especialidades (Oftalmología)
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Aravena Vásquez Joaquín (1)
CO-AUTORES	Abalo Zárate María (2), Mandujano Muñoz Álvaro (2) Sferrazza Miliotto Giancarlo (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Posta de Salud Rural San Lorenzo, Combarbalá (2) Médico General de Zona, Hospital San Juan de Dios de Combarbalá, Combarbalá (3) Medico Cirujano, ACHS agencia Las Condes, Santiago

INTRODUCCIÓN	El síndrome de Tolosa-Hunt (STH) es una condición rara caracterizada por inflamación granulomatosa idiopática del seno cavernoso y/o la fisura orbitaria superior. Los criterios diagnósticos clave incluyen la presencia de esta inflamación observada en neuroimagen, acompañada de cefalea que precede a la parálisis de los nervios craneales III, IV y/o VI, y una respuesta positiva al tratamiento con corticoides, descartando otras posibles causas. Este reporte de caso describe el proceso de sospecha, estudio y diagnóstico presuntivo de STH.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 30 años sin antecedentes relevantes. Inicialmente el paciente presentó cefalea hemicraneana derecha y dolor ocular ipsilateral tras el uso de lisdexanfetamina y estimulantes, evolucionando a diplopía binocular horizontal. Los estudios iniciales de laboratorio y neuroimagen fueron normales, llevando a una evaluación ambulatoria por neurooftalmología que sospechó parálisis del VI par. Estudios posteriores, incluyendo punción lumbar, quantiferon, panel de ETS y fondo de ojo, resultaron normales, indicándose manejo conservador. Sin embargo, en un control posterior, el paciente desarrolló dolor ocular, ptosis palpebral y diplopía binocular vertical, sugiriendo parálisis de los pares craneales III, IV y VI. Una nueva neuroimagen reveló asimetría en el seno cavernoso derecho, lo que llevó a la sospecha de una causa inflamatoria e inicio de tratamiento con prednisona. En el último control, el paciente mostró mejoría sintomática, persistiendo una leve diplopía binocular, manteniendo el tratamiento. Paciente firma su consentimiento para exponer su caso de manera anónima.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso ilustra la importancia de considerar el STH como diagnóstico diferencial ante un cuadro de oftalmoplejía dolorosa con progresión de síntomas y afectación de múltiples pares craneales. La respuesta favorable a los corticoides apoya el diagnóstico presuntivo, resaltando la necesidad de un seguimiento clínico riguroso para confirmar la evolución de la enfermedad.
PALABRAS CLAVE	Oftalmoplejía, Síndrome de Tolosa-Hunt, Oftalmología.

TÍTULO DEL TRABAJO	SOSPECHA DE SÍNDROME DE EKBOM EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	Juan Díaz Venegas (1)
CO-AUTORES	José Gutiérrez Miranda (1), Maximiliano Muñoz Aguilera (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano EDF, CESFAM Coñaripe, Coñaripe. (2) Médico Cirujano EDF, Hospital de Lanco, Lanco.
INTRODUCCIÓN	El síndrome de Ekbom, también conocido como delirio de parasitosis, es una forma infrecuente de trastorno delirante en la que la persona está convencida, a pesar de no haber evidencia clínica, de que está infectada por organismos parásitos, virus o bacterias, lo cual viene acompañado de alucinaciones visuales y/o táctiles, y un deterioro funcional importante del individuo.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 41 años con antecedente de episodio depresivo moderado, consultó al servicio de urgencia por cuadro de cuatro días de evolución caracterizado por alucinaciones visuales e ideas delirantes de infestación, refiriendo la presencia de insectos u organismos que recorrían su cuerpo. No se objetivó alteraciones neurológicas al examen físico. Al interrogatorio dirigido, refirió además poliartralgias y alopecia. Al ingreso hospitalario, en los exámenes de laboratorio iniciales destacó una proteína C reactiva de 1,6 mg/dL y una velocidad de sedimentación globular de 31 mm/h, resto de parámetros bioquímicos y hematológicos en rangos normales. Se realizaron estudios complementarios para descartar causas orgánicas, incluyendo resonancia magnética cerebral, punción lumbar con estudio film array, panel autoinmune y perfil infeccioso, todos sin hallazgos patológicos. Durante la hospitalización, se

indicó antipsicóticos atípicos y evolucionó con buena respuesta clínica, sin nuevos episodios psicóticos durante su evolución. Se dio de alta con seguimiento ambulatorio en policlínico de psiquiatría.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Los pacientes con síndrome de Ekbom presentan gran deterioro funcional que afecta a ellos y su entorno. La evidencia señala que presenta buena respuesta a los antipsicóticos, especialmente cuando se combina con psicoterapia dirigida tanto al trastorno como a sus posibles comorbilidades psiquiátricas. Es fundamental que los profesionales de la salud en los servicios de urgencia estén familiarizados con sus manifestaciones clínicas, para descartar causas neurológicas, infecciosas y autoinmunes, una derivación adecuada y oportuna a los servicios de psiquiatría, facilitando así un seguimiento interdisciplinario.

PALABRAS CLAVE Antipsicóticos, Delirio de Parasitosis, Trastornos Mentales.

TÍTULO DEL TRABAJO ALUCINACIONES VISUALES REVERSIBLES INDUCIDAS POR TIMOLOL OFTÁLMICO EN PACIENTES GERIÁTRICOS. REPORTE DE DOS CASOS:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA h) Especialidades

AUTOR Rojas Robles Romina (1)

CO-AUTORES Moyano Porcile Isidora (2), Yáñez González Javiera (3), Hernández Bahamondes Victor (4)

AFILIACIÓN (1) Médica General de Zona, CESFAM Rosario Corvalán, Caldera. (2) Médica General de Zona, CESFAM Rosario Corvalán, Caldera. (3) Médica General, CESFAM Rosario Corvalán, Caldera. (4) Interno de Medicina, Universidad de Atacama, Copiapó.

INTRODUCCIÓN El uso de betabloqueadores oftálmicos, como el timolol, utilizado desde 1978, es común en el tratamiento del glaucoma. A pesar de su aplicación tópica, estos fármacos pueden generar efectos adversos sistémicos, especialmente en personas mayores, debido a cambios fisiológicos propios del envejecimiento y a la polifarmacia. Las manifestaciones neuropsiquiátricas son poco frecuentes y pueden confundirse con patologías neurológicas o psiquiátricas. Se presentan dos casos clínicos con efectos adversos a gotas oftálmicas de timolol atendidos en la atención primaria en salud de Caldera.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina (96 años), y paciente masculino (91 años), con diagnóstico de glaucoma en tratamiento con timolol 0.5% en gotas

oftálmicas. Presentaron alucinaciones visuales egodistónicas, sin alteración del nivel de conciencia ni otros síntomas psiquiátricos. Se descartaron causas infecciosas, metabólicas y estructurales mediante anamnesis dirigida, examen físico y exámenes de laboratorio. Ante la asociación temporal con el inicio de los síntomas, se sospechó reacción adversa a timolol. Se suspendió el fármaco, con resolución completa del cuadro de alucinaciones. Los pacientes y sus familias otorgaron consentimiento informado para la presentación del caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La absorción sistémica, a través de la mucosa nasal y orofaríngea, y penetración al sistema nervioso central del timolol está asociada a efectos secundarios como bradicardia, broncoespasmo, fatiga y confusión. En mucho menor frecuencia está descrita la posibilidad de síntomas neuropsiquiátricos inducidos por gotas oftálmicas de timolol. En los casos descritos se trata de dos usuarios geriátricos con patologías crónicas cardiovasculares y respiratorias compensadas, sin criterios diagnósticos de demencia, por lo que la sospecha y la prueba terapéutica realizada al suspender timolol en gotas, con consecuente resolución de los síntomas, significó recuperar su confianza y estado de ánimo, al descartar deterioro cognitivo. Es por esta razón que se sugiere considerar este efecto adverso, poco frecuente, de los betabloqueadores, como diagnóstico diferencial de deterioro cognitivo y demencia.

PALABRAS CLAVE Alucinaciones, Geriátría, Glaucoma, Timolol

TÍTULO DEL TRABAJO AMILOIDOSIS INTESTINAL EN SÍNDROME CONSUNTIVO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE b) Medicina Interna

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Tamara Leiva Padilla (1)

CO-AUTORES Luis Mendoza Elguera (2)
Vicente Román Mora (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General, CESFAM Esmeralda, Colina, Santiago
(2) Médico EDF, CESFAM Camiña, Camiña
(3) Interno Hospital Clínico Universidad Católica, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

INTRODUCCIÓN La amiloidosis es una patología que abarca diversos trastornos ocasionados por la acumulación extracelular de proteínas mal plegadas. Puede presentarse de forma sistémica o localizada. Se presenta el caso de

un paciente hospitalizado con diagnóstico de amiloidosis intestinal, una manifestación poco frecuente que representa un desafío diagnóstico. Los objetivos de este reporte son destacar la importancia de considerar esta patología en el diagnóstico diferencial de síndrome consuntivo y resaltar la necesidad de realizar más estudios que permitan desarrollar nuevos protocolos terapéuticos.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de sexo masculino de 38 años con antecedente de tabaquismo, consulta por dolor abdominal progresivo de dos días de evolución asociado a fiebre de hasta 39°C, vómitos y diarrea disintérica. Refiere episodios intermitentes de dolor abdominal difuso, diarrea y vómitos durante el último año, además de pérdida de peso y sudoración nocturna. Ingresa en regulares condiciones generales. Se reanima con cristaloides y se inician antibióticos. Se realiza AngioTAC de abdomen y pelvis con contraste, se evidencia masa hepática hipervascular y signos de pancolitis, ileítis y yeyunitis multisegmentaria. Se hospitaliza y se amplía estudio etiológico donde destaca biopsia de colon compatible con amiloidosis colónica AA y rojo congo positivo. Se firma consentimiento informado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La amiloidosis AA o secundaria es una patología caracterizada por el depósito de fibrillas en el tejido extracelular. Entre sus causas se incluyen enfermedades inflamatorias crónicas. El diagnóstico exige biopsia y se puede manifestar con afectación gastrointestinal. En este caso, inicialmente se sospechó una amiloidosis AL (cadenas ligeras) dado cuadro clínico y la ausencia de enfermedades crónicas. Sin embargo, la biopsia de colon resultó compatible con amiloidosis AA. El diagnóstico tardío de la amiloidosis se asocia con un pronóstico desfavorable, lo que resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha y de reconocer las manifestaciones clásicas que permitan guiar el estudio.
PALABRAS CLAVE	Amiloidosis, amiloidosis secundaria, adenoma hepático

TÍTULO DEL TRABAJO	DIAGNÓSTICO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UN PACIENTE SINTOMÁTICO:
CLASE	CC
CATEGORÍA	d) cirugía
AUTOR	Lorca Cortés Pablo (1)
CO-AUTORES	Loyola Salas Margot (1), Núñez Santander Matías (2), Parraguez Pacaje Tamara (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, CESFAM Cirujano Aguirre, Iquique (2) Interna séptimo año de Medicina, Universidad de Tarapacá, Iquique
INTRODUCCIÓN	El aneurisma de aorta abdominal (AAA) corresponde a una dilatación permanente de la aorta abdominal ≥ 3.0 cm. Es una enfermedad con alta mortalidad, especialmente en casos de ruptura. En Chile, se estima una prevalencia del 5,9% en mayores de 60 años con factores de riesgo cardiovascular, siendo más frecuente en hombres y en localización infrarrenal. Se expone el caso de un AAA sintomático pesquisado en atención primaria, subrayando el rol de la sospecha diagnóstica y aplicación de directrices clínicas actualizadas para un diagnóstico precoz.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 83 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, gonartrosis y accidente cerebrovascular antiguo no secuelado, en tratamiento con buena adherencia. Acude a control médico, refiriendo dolor abdominal inespecífico de un año de evolución, con irradiación dorsal e interestapular. Signos vitales: presión arterial 144/77 mmHg y frecuencia cardíaca 67 latidos por minuto. Al examen físico, se identificó masa pulsátil dolorosa en hipogastrio y región paraumbilical izquierda, con soplo abdominal audible. Pulsos femorales disminuidos a distal. Se derivó inmediatamente al servicio de urgencias donde se solicitó

Tomografía computadarizada de abdomen y pelvis evidenciando AAA infrarrenal de 4.7 cm de diámetro con múltiples calcificaciones en pared y arterias ilíacas, quedando posteriormente en controles con cirugía vascular para manejo conservador. En controles posteriores, el AAA mostró crecimiento y fue derivado a un centro de mayor complejidad para resolución quirúrgica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso enfatiza la importancia de no subestimar los AAA sintomáticos, ya que el riesgo de ruptura es significativamente mayor, y la evaluación debe ser prioritaria. Asimismo, destaca el rol de atención primaria en detección y derivación oportuna. Se evidencia cómo una evaluación clínica detallada puede ser determinante para la sobrevida del paciente. Refuerza además la necesidad de incorporar programas de tamizaje masivo con ultrasonografía en población chilena de riesgo, tal como recomiendan guías internacionales.

PALABRAS CLAVE Aneurisma de la Aorta Abdominal, Atención Primaria de Salud, Diagnóstico Precoz, Tamizaje Masivo, Ultrasonografía.

TÍTULO DEL TRABAJO PANHIPOPITUITARISMO SECUNDARIO A ARACNOIDOCELE SELAR: A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE b) Medicina Interna

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Tamara Leiva Padilla (1)

CO-AUTORES Luis Mendoza Elguera (2)
Vicente Román Mora (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General, CESFAM Esmeralda, Colina, Santiago
(2) Médico EDF, CESFAM Camiña, Camiña
(3) Interno de Medicina Hospital Clínico Universidad Católica, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

INTRODUCCIÓN El síndrome de la silla turca vacía primaria (STVP) se caracteriza por la herniación del espacio subaracnoideo dentro de la silla turca que a menudo se asocia con aplanamiento de la glándula pituitaria o desplazamiento de la glándula por el líquido cefalorraquídeo en la silla turca en pacientes sin patologías pituitarias previas. El síndrome se presenta cuando una de las capas (aracnoides) protruye hacia la silla y

ejerce presión sobre la hipófisis. Se presenta el caso de una paciente hospitalizada que desarrolla STVP.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente de sexo femenino de 75 años con antecedente de hipertensión y accidente cerebrovascular (ACV) reciente, hospitalizada por ACV isquémico agudo en región insular y tálamo capsular derecho. Durante la hospitalización presenta quiebre clínico con sopor profundo asociado a hiponatremia severa con natremia en 118 mEq/L, la cual se maneja según protocolo, objetivando mejoría. En estudio de laboratorio destaca osmolaridad sérica en 255 mEq/L, osmolaridad urinaria elevada, natriuresis baja y cortisol plasmático bajo. Dado lo anterior, se sospecha insuficiencia suprarrenal de origen central. Se amplía estudio con TSH normal, T4 baja TAC sin hallazgos y resonancia de silla turca donde destaca aracnoidocele selar, sin compromiso de quiasma óptico. Se inicia suplementación con hidrocortisona y levotiroxina con evolución clínica favorable, por lo que se indica alta con suplementación de ambos ejes. Se firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La clínica del STVP abarca desde pacientes asintomáticos, cefalea, signos de hipertensión intracraneal (HIC) y/ o alteraciones endocrinas. En el caso presentado, fue esta última la que permitió sospechar un origen central y que llevó finalmente al diagnóstico. El enfoque del tratamiento para estos pacientes se basa en la terapia de reemplazo hormonal de los ejes afectados además de seguimiento radiográfico. La cirugía se reserva únicamente para casos que presenten alteraciones visuales o signos de HIC.

PALABRAS CLAVE Aracnoidocele, Hiponatremia, Silla turca vacía.

TÍTULO DEL TRABAJO COLPOHEMATOMETRA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO EN ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO

CLASE Caso clínico

CATEGORÍA Ginecología y Obstetricia

AUTOR Canales Guzmán Lukas (1)

CO-AUTORES Benítez Vidal Valeria (1)
Hidalgo Farias Alicia (1)
Hermosilla Fica Catalina (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital Intercultural Kallvu Llanka, Cañete

TÍTULO DEL TRABAJO COLPOHEMATOMETRA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO EN ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO

INTRODUCCIÓN La colpohematometra es una condición ginecológica poco frecuente caracterizada por la acumulación de sangre menstrual en la vagina (hematocolpo) y el útero (hematometra), secundaria a una obstrucción congénita o adquirida del tracto genital inferior, lo que impide el flujo menstrual normal(1,2). Suele presentarse en adolescentes con amenorrea primaria y dolor pélvico cíclico o progresivo, con una incidencia estimada del 0,1 % en recién nacidas femeninas (3)

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente de 13 años con antecedente de hiperplasia suprarrenal congénita, consulta por dolor hipogástrico tipo cólico de 3 días de evolución, asociado a disuria, polaquiuria y secreción amarillenta. Había iniciado tratamiento con ciprofloxacino sin mejoría. Al examen físico se evidencia abdomen doloroso en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Genitales con labios mayores hipotróficos, meato urinario en porción distal de una estructura compatible con clítoris, sin introito vaginal visible; se observa estructura similar a una bolsa escrotal con tejido cavernoso a la palpación. Laboratorio: leucocitosis (23.400), neutrofilia (88,2 %), PCR elevada (72,5). Sospechando hematocolpo, se hospitaliza para estudio e inicio de ceftriaxona EV. Ecografía abdominal muestra útero FAV con colpohematometra de aproximadamente 50 cc, sin ovarios visibles ni líquido libre. Dado que no se visualiza posibilidad de drenaje espontáneo, se inicia tratamiento con análogo de GnRH (Triptorelina 11,25 mg) y seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La colpohematometra debe considerarse en el diagnóstico diferencial de adolescentes con dolor abdominal, especialmente en contextos de malformaciones genitales o antecedentes como la hiperplasia suprarrenal congénita. El examen físico detallado y los estudios por imágenes son fundamentales para confirmar el diagnóstico y orientar el tratamiento.

TÍTULO DEL TRABAJO HIPOTIROIDISMO DESCOMPENSADO COMO CAUSA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA REVERSIBLE, UNA ENTIDAD POCO RECONOCIDA:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Campos Sepúlveda Cristian (1)

CO-AUTORES	Villagra Álvarez León Sebastián (1)	Iturriaga	Paula	(1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Carol Urzua, San Bernardo			
INTRODUCCIÓN	Existe una relación establecida entre la función tiroidea y renal, tanto así que en la enfermedad renal crónica (ERC) la incidencia de hipotiroidismo clínico y subclínico es mayor que en la población general. Así mismo, el hipotiroidismo gravemente descompensado en un paciente crítico puede llegar a causar proteinuria y falla renal aguda. Mucho menos descritos son los casos de ERC reversible en contexto de atención ambulatoria.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 62 años hipertensa y diabética bien compensada. Sufre elevación en niveles de creatinina plasmática y caída en la tasa de filtración glomerular (TFG) en el último año, llegando hasta 1.6 mg/dL y 36 ml/min/m ² respectivamente, persistente por más de tres meses, cumpliendo criterios para diagnosticar ERC. Reporta leve aumento de volumen en extremidades inferiores y sensación de fatiga inespecífica. Al examen físico la evaluación cardiopulmonar es normal, solo destacando piel reseca y leve edema simétrico desde el tobillo hacia distal. En exámenes de control persisten las alteraciones mencionadas, además de una orina completa sin alteraciones, ausencia de albuminuria y un fondo de ojo normal. Niveles de hormona estimulante de la tiroides (TSH) resultan en un valor de 74 UI/mL. Se corrobora con una nueva muestra de TSH más tiroxina libre (T4L), confirmándose el diagnóstico de hipotiroidismo clínico. Se inicia terapia de sustitución con levotiroxina hasta llegar a meta según niveles de TSH. Tras 3 meses de terapia presenta remisión de síntomas descritos, con normalización de los niveles de creatinina hasta 0,7 mg/dL y una TFG mayor a 60 ml/min/m ² .			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Este caso ejemplifica una condición escasamente reconocida de ERC potencialmente reversible. Incluso cuando la ERC no es totalmente reversible el diagnóstico y manejo adecuado del hipotiroidismo pudiera enlentecer el deterioro en la función renal. Por lo anterior es importante reconocer esta entidad que puede ser abordada desde la Atención Primaria de Salud.			
PALABRAS CLAVE	Enfermedad Renal Crónica, Hipotiroidismo, Levotiroxina			

TÍTULO DEL TRABAJO	“IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DEL HIPERTIROIDISMO: LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA Y LA SEMIOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA:”
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Vallespin Neira Javiera (1)
CO-AUTORES	Salas Reyes Pilar (2), Tala Pfeil Joaquín (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de Zona, CESFAM Miraflores, SSVQ Viña del mar (2) Médico general de zona, CESFAM Eduardo Frei Montalva, SSMS La cisterna (3) Estudiante de quinto año de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago
INTRODUCCIÓN	El hipertiroidismo es una enfermedad de la tiroides caracterizada por la producción elevada hipermetabolismo. Su principal causa es autoinmune (Enfermedad de graves), pero también puede observarse en bocios multinodulares, nódulos hiperfuncionantes, etc. En la actualidad tiene una prevalencia de 0.5-1% en la población chilena.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 41 años, sexo femenino con antecedentes de asma y tabaquismo activo consulta por presencia de temblor de manos bilateral, pérdida de peso de al menos 8kg en los últimos 6 meses, intolerancia al calor, sudoración y nerviosismo asociado a diarrea intermitente. A la anamnesis dirigida se identifica historia de hipotiroidismo en madre e hipertiroidismo en hermana. Al examen físico destaca exoftalmos, lagofalmo, temblor bilateral de manos, taquicardia y tiroides palpable aumentada de tamaño de forma difusa con leve predominio izquierdo de aproximadamente 46 gramos. Se solicitan exámenes generales evidenciando TSH 0.01 u/ml y T4L 2.55 ng/dL Dado exámenes y clínica compatible se deriva a nivel secundario con sospecha de hipertiroidismo periférico, iniciándose manejo con beta bloqueo para control sintomático y se solicita consentimiento informado según protocolo local.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso clínico evidencia la importancia de la sospecha precoz del hipertiroidismo desde atención primaria, destacando la relevancia de la anamnesis dirigida y sistemática en los pacientes con síntomas inespecíficos además del examen físico detallado. Demostrando que con personal capacitado se pueden establecer hipótesis diagnósticas factibles

en contextos no especializados disminuyendo tiempos de espera y complicaciones.

PALABRAS CLAVE	Hipertiroidismo, Enfermedad de Graves, Enfermedad autoimmune
TÍTULO DEL TRABAJO	DISFONÍA PERSISTENTE EN PACIENTE CON FACTORES DE RIESGO, UNA PRESENTACIÓN INFRECIENTE DE TUBERCULOSIS LARÍNGEA:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Psiquiatría, entre otros)
AUTOR	Villarroel Leal Francisco (1)
CO-AUTORES	Núñez Montecino Becky (1), Bascuñán Vallejos Juan-Pablo (1), Villarroel Leal Camila (2).
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Hospital de Santa Bárbara, Santa Bárbara. (2) Médico general de zona, CESFAM Antuco, Antuco.
INTRODUCCIÓN	La tuberculosis laríngea es una manifestación extrapulmonar poco frecuente de la infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , representando menos del 1% de los casos. Su presentación clínica suele ser inespecífica, predominando la disfonía crónica. Esta patología, de curso subagudo, puede confundirse con procesos inflamatorios o neoplásicos, lo que retrasa su diagnóstico. Se presenta un caso de tuberculosis laríngea diagnosticada a partir de un cuadro de disfonía persistente en un paciente con comorbilidades crónicas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 50 años, con antecedentes de diabetes mellitus insulino-requiriente, hipertensión arterial, dislipidemia y tabaquismo crónico leve (IPA 10). Consultó por disfonía de dos meses de evolución, asociada a disnea de esfuerzo, sin disfagia ni respuesta a tratamientos convencionales. La nasofibrosco-pía evidenció una lesión rojiza solevantada en los dos tercios anteriores de la cuerda vocal izquierda, con movilidad conservada. Se realizó biopsia laríngea, la cual mostró granulomas con células gigantes tipo Langhans. No se identificaron microorganismos en tinciones especiales, pero el estudio inmunohistoquímico fue positivo para tuberculosis. Paralelamente, se confirmó tuberculosis pulmonar. Se inició esquema de tratamiento antituberculoso estándar, con evolución favorable. El paciente completó

seis meses de tratamiento, encontrándose asintomático en los controles posteriores.

DISCUSIÓN Y CONCLUSION ES La tuberculosis laríngea es una forma extrapulmonar poco frecuente, cuya presentación clínica inespecífica puede retrasar el diagnóstico. Este caso evidencia la importancia de incluirla en el diagnóstico diferencial de disfonía persistente, especialmente en pacientes con comorbilidades. El estudio inmunohistoquímico permitió confirmar el diagnóstico. La respuesta favorable al tratamiento antituberculoso estándar destaca su efectividad. Este caso subraya el valor de una alta sospecha clínica y del uso de herramientas diagnósticas avanzadas, aportando evidencia relevante para el manejo oportuno en la práctica médica general y especializada.

PALABRAS CLAVE Disfonía, Células Gigantes de Langhans, Tuberculosis Laríngea

TÍTULO DEL TRABAJO MIASTENIA GRAVE; REPORTE DE CASO EN HOSPITAL INTERCULTURAL KALLVU LLANKA, CAÑETE:

CLASE CASO CLÍNICO (CC)

CATEGORÍA NEUROLOGÍA

AUTOR CONDEZA ESPINOZA NICOL (1)

CO-AUTORES CONTRERAS CASTILLO JASMIN (1), TORRES CUEVAS SEBASTIAN (1)

AFILIACIÓN	(1) MÉDICO GENERAL DE ZONA, HOSPITAL INTERCULTURAL KALLVU LLANKA, CAÑETE
TÍTULO DEL TRABAJO	MIASTENIA GRAVIS: REPORTE DE CASO EN HOSPITAL INTERCULTURAL KALLVU LLANKA, CAÑETE:
INTRODUCCIÓN	Miastenia gravis (MG), un trastorno neuromuscular autoinmune, Presenta debilidad y fatiga fluctuante que puede limitarse a los ojos (MG ocular) o comprometer funciones bulbares (MG generalizada). Se estima un aumento en la prevalencia por los avances en su diagnóstico - pruebas clínicas y serológicas - y mejor esperanza de vida. Presentándose principalmente en la segunda-tercera década (mujeres) y octava década (hombres). Dado que el autoanticuerpo involucrado es contra el receptor de acetilcolina, su tratamiento toma ese enfoque ; actualmente se propone que el timo da origen a estos por lo que la timectomía a menudo remite la enfermedad. A pesar del cuadro clínico claro, el mimetismo con los que puede presentarse en los primeros estadios, puede generar confusión con sus diagnósticos diferenciales (como pudo ocurrir en este caso) por esto, se hace necesario la correcta sospecha en pos de no retrasar el tratamiento
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre 52 años, sin antecedentes previos, consultó por cuadro progresivo de cansancio generalizado, asociado a disfagia. Se presenta disártrico, con ptosis izquierda y desviación de la comisura labial, M5 en extremidades sin alteraciones de la sensibilidad. Se hospitalizó bajo sospecha de MG. Electromiografía muestra resultado confirmatorio, Además Tomografía computarizada de Tórax con hallazgos sugerentes de Timoma, se inicia tratamiento con piridostigmina 30 mg cada 8 horas con buena respuesta, y realizó Interconsulta a Cirugía . Dado buena evolución se decidió seguimiento ambulatorio.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Por los avances en el diagnóstico de la Miastenia Gravis se estima un aumento en su prevalencia, haciendo necesaria la sospecha en servicios de urgencia. Dado que el timo está íntimamente relacionado con la patogénesis de la enfermedad se recomienda realizar tomografía computada de tórax encontrando un timoma en hasta el 15% de los casos. Además es importante la búsqueda de otras enfermedades autoinmunes por concomitancia de hasta el 10%.
PALABRAS CLAVE	Debilidad Muscular, Miastenia Gravis, Timoma

TÍTULO DEL TRABAJO	OMALGIA CRÓNICA EN PACIENTE JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO, IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA, REPORTE DE CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Traumatología)
AUTOR	Astudillo López Valentina (1)
CO-AUTORES	Alcota Tapia Rodrigo (2) Iribarren Areco Manuel (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cesfam Ignacio Domeyko, Santiago (2) Médico General de Zona, Cesfam Raúl Sánchez Bañados, La Ligua (3) Médico General de Zona, Cesfam Las Ventanas, Puchuncaví
INTRODUCCIÓN	El dolor de hombro u omalgia es una causa frecuente de consulta en atención primaria, comúnmente se atribuye a patología del manguito rotador, bursitis o lesiones articulares, sin embargo, la persistencia de este cuadro clínico en pacientes jóvenes sin antecedentes mórbidos ni asociación a mecanismos traumáticos que expliquen la evolución desfavorable del cuadro clínico, requiere replantear la sospecha diagnóstica, considerando causas menos frecuentes como lesiones óseas benignas. El osteocondroma es el tumor óseo benigno más prevalente, raramente compromete el húmero proximal y puede pasar inadvertido si no se realiza un estudio de imágenes adecuado.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 25 años, previamente sana, consultó por dolor crónico en hombro derecho de al menos 6 meses de evolución, sin antecedentes de traumatismo u otros mecanismos de lesión. Se le indicó manejo con antiinflamatorios, reposo y kinesioterapia, por sospecha de tendinopatía del manguito rotador, sin buena respuesta clínica. Ante la persistencia del dolor se realizó resonancia magnética, que evidenció masa pediculada en extremo proximal del húmero compatible con osteocondroma. Se derivó a traumatología y se realizó resección quirúrgica de la lesión, logrando resolución del dolor por completo. Finalmente fue confirmado el diagnóstico mediante estudio histopatológico. Se obtuvo consentimiento informado para uso académico de los antecedentes clínicos.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso pone en evidencia la relevancia de considerar diagnósticos diferenciales no habituales en el estudio de hombro doloroso, especialmente en pacientes jóvenes sin factores de riesgo que presentan cuadros clínicos poco habituales. El osteocondroma, aunque es benigno puede generar síntomas médicos significativos, y suele ser diagnosticado

tardíamente. La solicitud oportuna de estudios de imagen adecuados permitió identificar y tratar de forma definitiva la causa del dolor en esta paciente, por lo que este reporte busca contribuir a ampliar el estudio diagnóstico desde el nivel primario de atención en casos con respuesta terapéutica insatisfactoria.

**PALABRAS
CLAVE**

Dolor crónico, Dolor de hombro, Osteocondroma

**TÍTULO
DEL TRABAJO**

SUPRADESNIVEL DEL ST MÁS QUE INFARTO AL MIOCARDIO, PRESENTACIÓN DE CASO DE MIOPERICARDITIS ASOCIADO A CAMPYLOBACTER EN PACIENTE JOVEN:

CLASE

Caso clínico

CATEGORÍA

b) Medicina Interna

AUTOR

Arnello Vargas Eduardo(1).

CO-AUTORES

Cervera Gaete Valentina (1), Alarcón Chávez Javier (1).

AFILIACIÓN

(1) Medico General de Zona, Hosptial San Jose De Casablanca. Casablanca.

INTRODUCCIÓN

La yopericarditis aguda es una inflamación del saco pericárdico que también afecta al músculo cardíaco. Su etiología es predominantemente idiopática, probablemente viral, y otras como bacterianas, autoinmunes o neoplásicas. Se presenta el caso de un paciente atendido inicialmente en servicio de urgencias de baja complejidad y derivado a un hospital de mayor nivel debido a hallazgos electrocardiográficos y elevación de troponinas, con objetivo de dar a conocer un caso de alteración electrocardiográfica que asociado a la clínica nos lleva un diagnóstico certero.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Con consentimiento informado previo, presentamos a paciente yoperica de 28 años que consultó por un cuadro de tres días de evolución, con yopericar general, dolor abdominal hipogástrico leve y deposiciones líquidas (tres veces al día). Posteriormente, desarrolló dolor torácico yopericardi progresivo, acompañado de palpitaciones y disnea, sin fiebre. Al ingreso, yoperi signos yoper normales y examen físico sin alteraciones. El electrocardiograma mostró ritmo sinusal, PR sin alteraciones, QRS angosto y supradesnivel del ST en V4-V6 y DII, informado como elevación difusa del ST, sugerente de pericarditis. Se solicitaron troponinas I no ultrasensibles (5.4 ng/mL), proteína C reactiva (100 mg/L), sin leucocitosis. Luego se trasladó a un hospital de alta complejidad, donde se yoperi con troponina ultrasensible en 25.262

pg/mL. La resonancia magnética cardíaca reveló hallazgos compatibles con yopericarditis aguda. El paciente fue tratado con paracetamol y yopericar durante 10 días, con resolución de los síntomas. En controles posteriores, la PCR fue de 1.3 mg/L y la troponina ultrasensible de 20 pg/mL. El coprocultivo yoper yoperic para *Campylobacter* spp.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Las elevaciones difusas del ST en el yoperi de dolor torácico pueden yoperi un yoperic coronario agudo, pero el contexto clínico, como una infección gastrointestinal reciente en un paciente joven, debe orientar hacia causas no isquémicas, como la pericarditis o miopericarditis aguda.

PALABRAS CLAVE *Campylobacter*, Electrocardiograma, Pericarditis.

TÍTULO DEL TRABAJO REACCIÓN DE JARISH-HERXHEIMER. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Tapia Muñoz Josefa (1)

CO-AUTORES Poblete López Rosario (1)
Inostroza Espinoza Jorge (2)
Jerez Durán Nicolás (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Pedro de Valdivia, Concepción
(2) Médico Cirujano, Centro de Salud Familiar Pedro de Valdivia, Concepción
(3) Médico Cirujano, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción

INTRODUCCIÓN La Reacción de Jarisch-Herxheimer (RJH) es una respuesta inflamatoria aguda y autolimitada, desencadenada por la administración de antibióticos en infecciones por espiroquetas. Su incidencia es mayor en sífilis (9-75%), menor en enfermedad de Lyme (7-30%) y leptospirosis (9%). Varía según la etapa de la sífilis: 30-70% de los casos de sífilis temprana, 32% sífilis secundaria y 75% en neurosífilis.

PRESENTACIÓN DEL CASO Mujer de 16 años, consulta por lesiones ulceradas en la región perianal de 2 semanas de evolución, no dolorosas, posterior a conducta sexual de riesgo. Se solicita panel de infecciones de transmisión sexual, que informa Reagina plasmática rápida (R.P.R) 1:64. Considerando la edad de la paciente, se indica iniciar tratamiento, por lo que se administra penicilina

benzatina 2,4 millones de unidades intramuscular. Posteriormente, la paciente consulta en servicio de urgencia por cuadro clínico caracterizado por fiebre de hasta 39,3 °C, astenia y mialgias. Por historia clínica compatible con RJH, se indica manejo con antipiréticos y corticoterapia endovenosa, con buena respuesta clínica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSION ES La RJH corresponde a una reacción inmune desencadenada por liberación de material similar a endotoxinas y posterior activación de la cascada de citocinas (Interleucina 6-8 (IL6-IL8) y Factor de necrosis tumoral alfa (TNFa)) luego de la administración de tratamiento antibiótico efectivo en pacientes con las infecciones ya mencionadas. Es autolimitada y se manifiesta en las primeras 24 horas con síntomas constitucionales y exacerbaciones de lesiones cutáneas si se encuentran presentes. El tratamiento es de soporte. Es frecuente que la reacción simule una hipersensibilidad al antibiótico, por lo que muchas veces es subdiagnosticada. Lo anterior fundamenta la importancia del conocimiento de este tipo de complicación para que profesionales de salud no solo informen a los pacientes la posibilidad de una RJH sino que también puedan sospecharla con el fin de llegar a un diagnóstico certero.

PALABRAS CLAVE Autoinmune, Sífilis, Espiroqueta

TÍTULO DEL TRABAJO DESAFÍOS EN EL TRATAMIENTO DE LA RETINITIS PIGMENTOSA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE h) Especialidades (Oftalmología)

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR	Steele Gabriella (1)
CO-AUTORES	Castro Juliá Felipe (2), Muñoz Pizarro María (3)
AFILIACIÓN	(1) Médica general de zona, CESFAM Monte Patria, Monte Patria, Servicio de Salud Coquimbo (2) Médico general de zona, CESFAM El Palqui, Monte Patria, Servicio de Salud Coquimbo (2) Médica general de zona, CESFAM El Palqui, Monte Patria, Servicio de Salud Coquimbo
INTRODUCCIÓN	La retinitis pigmentosa (RP) se refiere a un grupo de distrofias retinales genéticamente heterogéneas, que se originan por una degeneración inicial de fotorreceptores tipo bastones y que luego afecta a los conos. Es una patología hereditaria con múltiples variantes genéticas, con una prevalencia mundial de 1:4000. La importancia de esta radica en que actualmente el tratamiento es limitado, reciente y no aplicable en la mayoría de los casos, debiéndose focalizar más en la educación y preservación de la visión restante.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 67 años con antecedentes de ceguera por RP, patología que también presentó su padre y hermano. Refiere que desde sus 30 años presentó disminución de la visión nocturna, que progresó a disminución de la visión periférica. En la evaluación oftalmológica se evidenció una alteración marcada del campo visual periférico y al fondo de ojo (FO) se observó una papila pálida y depósitos pigmentarios, lo cual, junto a antecedentes familiares, formó el diagnóstico de RP. Años después, la disminución de su visión ha seguido en progreso, sólo conservando visión borrosa del campo visual inferior. Es en este contexto en que se deriva desde atención primaria (APS) a reevaluación por especialidad, sin embargo, luego de nuevo estudio de FO, se mantiene como un caso sin posibilidad de tratamiento actual.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Si bien existen terapias genéticas de implementación reciente, estas son específicas para algunos genes identificados causantes de RP además de alto en costo, y como la enfermedad posee una gran heterogeneidad en los genes afectados, muchos aún no identificados, actualmente el manejo sigue siendo principalmente la educación sobre pronóstico, rehabilitación y maximización de la visión residual. Dada la discapacidad que genera esta patología y la temprana edad en la que se puede presentar, el estudio de nuevos tratamientos es fundamental para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE	Ceguera, Distrofias de Conos y Bastones, Retinitis Pigmentosa.		
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE LA BOLSA DE ORINA PÚRPURA, UNA PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE COLONIZACIÓN BACTERIANA: REPORTE DE CASO		
CLASE	Caso clínico		
CATEGORÍA	Especialidades – Urología		
AUTOR	Canales Guzmán Lukas (1)		
CO-AUTORES	Hidalgo Cuevas	Farias Palma	Alicia Andrea (1)
	González Aja Victor (1)		
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Intercultural Kallvu Llanka.		
INTRODUCCIÓN	El equire de la bolsa de orina equire (PUBS, por sus siglas en inglés) es un fenómeno infrecuente asociado al uso prolongado de catéteres urinarios permanentes (CUP). Se caracteriza por la coloración equire de la orina, la sonda y la bolsa recolectora, resultado de la degradación bacteriana del triptófano intestinal en sulfato de indoxilo. En un medio urinario alcalino, y mediante la acción de enzimas bacterianas específicas, este equiree se convierte en los pigmentos equir e indirubina, responsables de la coloración característica. El PUBS afecta principalmente a mujeres de edad avanzada, pacientes inmovilizados, con estreñimiento crónico, orina alcalina o equire equire. Aunque no constituye una entidad patológica en sí misma, su manejo implica el recambio del catéter, tratamiento antibiótico si existe infección equir y control del tránsito intestinal.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 88 años, con equiree de hipertensión arterial, equir de colon resuelto e equiree prostática benigna con uso permanente de sonda Foley. Consulta por obstrucción de sonda y orina morada de tres días de evolución. Niega fiebre, dolor lumbar o equire de alimentos que expliquen el cambio de color. Al examen físico destaca abdomen blando e indoloro, sin globo vesical, con presencia de sonda Foley con orina equire. El urocultivo reveló Klebsiella pneumoniae multirresistente productora de BLEE, sensible a nitrofurantoína, piperacilina/tazobactam, ertapenem y meropenem. Se equire un reemplazo de sonda sin iniciar antibióticos, por tratarse de colonización. Además, se equire el tránsito intestinal, lo que equire la coloración de la orina.		

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El caso clínico descrito concuerda con lo reportado en la equiree. El equire de la bolsa de orina equire (PUBS) es un fenómeno infrecuente, producto de la degradación del triptófano por enzimas bacterianas específicas. Aunque suele tener un curso benigno, es clave su identificación, especialmente en pacientes con factores predisponentes, debido al riesgo de complicaciones severas como la sepsis. Por ello, se requiere un abordaje clínico individualizado y oportuno.

PALABRAS CLAVE Sonda a permanencia, Tracto Urinario, Klebsiella pneumoniae, Estreñimiento

TÍTULO DEL TRABAJO LESIONES CUTÁNEAS DOLOROSAS EN PACIENTE JOVEN, SÍNDROME DE SWEET VERSUS LUPUS CUTÁNEO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA h) Especialidades (Dermatología)

AUTOR Astudillo López Valentina (1)

CO-AUTORES Alcota Tapia Rodrigo (2)
Iribarren Areco Manuel (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Cesfam Ignacio Domeyko, Santiago (2) Médico General de Zona, Cesfam Raúl Sánchez Bañados, La Ligua (3) Médico General de Zona, Cesfam Las Ventanas, Puchuncaví

INTRODUCCIÓN Las dermatosis inflamatorias febriles representan un desafío diagnóstico en la atención primaria, principalmente porque se presentan de forma infrecuente, lo que se asocia a una baja sospecha clínica. El síndrome de Sweet y el lupus cutáneo pueden presentar lesiones eritematosas, fiebre y síntomas sistémicos, siendo esencial diferenciales por su manejo específico y su posible relación con enfermedades sistémicas subyacentes.

PRESENTACIÓN DEL CASO Hombre de 41 años con antecedente de diabetes mellitus controlada, consultó en atención primaria por 3 días de aparición de lesiones eritematosas dolorosas en cara y extremidades superiores, asociadas a astenia, artralgias y sensación febril no cuantificada. Inicialmente se sospechó infección cutánea bacteriana o cuadro alérgico, por lo que se indica antibióticos orales sin respuesta. Paralelamente se solicitó laboratorio que evidenció leucocitosis con neutrofilia, proteína C reactiva elevada, anticuerpos anti nucleares positivos (1:160) y complemento

normal.

Se derivó a dermatología donde se realizó biopsia, la cual informó infiltrado dérmico neutrofílico sin vasculitis compatible con síndrome de Sweet, sin embargo, ante panel reumatológico sugerente y síntomas articulares, se consideró lupus cutáneo como diagnóstico diferencial. El paciente respondió favorablemente a corticoides sistémicos, y finalmente ante la evolución clínica y ausencia de otros criterios diagnósticos establecidos por el grupo llamado "Systemic Lupus International Collaborating Clinics" (SLICC por sus siglas en inglés), se descartó lupus sistémico. Se obtuvo consentimiento informado para uso académico de los antecedentes clínicos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso explicita la dificultad de distinguir entre dermatosis inflamatorias como el síndrome de Sweet y el lupus cutáneo en atención primaria. La presencia de síntomas sistémicos, resultados de laboratorio inespecíficos y la similitud clínica entre ambas entidades exige una aproximación diagnóstica cuidadosa y una derivación oportuna a dermatología. La biopsia cutánea sigue siendo clave para el diagnóstico definitivo.

Se destaca en este reporte la importancia del juicio clínico y del trabajo colaborativo entre niveles de atención.

PALABRAS CLAVE Atención primaria, Dermatitis neutrofílica, Lesiones eritematosas, Lupus cutáneo, Síndrome de Sweet

TÍTULO DEL TRABAJO TUBERCULOSIS OCULAR COMO CAUSA INFRECIENTE DE DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, REPORTE DE CASO:

CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Oftalmología)
AUTOR	Astudillo López Valentina (1)
CO-AUTORES	Alcota Tapia Rodrigo (2) Iribarren Areco Manuel (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cesfam Ignacio Domeyko, Santiago (2) Médico General de Zona, Cesfam Raúl Sánchez Bañados, La Ligua (3) Médico General de Zona, Cesfam Las Ventanas, Puchuncaví
INTRODUCCIÓN	La tuberculosis extrapulmonar representa un desafío diagnóstico, especialmente cuando compromete órganos inusuales, ya que, su presentación es heterogénea simula otras enfermedades. Debido a que en Chile aún contamos con una alta prevalencia de tuberculosis es fundamental tener un alto índice de sospecha y consideración sobre este diagnóstico, particularmente en pacientes con factores de riesgo como la Diabetes Mellitus, la cual se asocia a otras alteraciones oculares como la retinopatía diabética.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 60 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 con control irregular, consultó por disminución de agudeza visual (AV) progresiva, evaluándose con múltiples consultas en oftalmología, considerándose el diagnóstico de retinopatía diabética, sin concordancia entre nivel de afectación retinal y disminución de AV, se realiza tratamiento con ciclos de corticoides por sospecha de uveítis, sin buena respuesta. Finalmente se solicita prueba de tuberculina (PPD) la cual resulta positiva en 20 mm. Se descartó compromiso pulmonar activo mediante radiografía de tórax y pruebas moleculares, y se indicó tratamiento antituberculoso estándar por 6 meses, con mejoría parcial de la visión y resolución de cuadro inflamatorio. Se obtuvo consentimiento informado para uso académico de los antecedentes clínicos.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La tuberculosis ocular es una forma poco frecuente de presentación extrapulmonar, por lo que debemos mantener su sospecha en pacientes con factores de riesgo inmunológicos y antecedentes de exposición a tuberculosis o pruebas positivas como el PPD. Su diagnóstico es eminentemente clínico, apoyado de exámenes y la respuesta terapéutica. Este caso destaca la relevancia de tener en cuenta etiologías poco comunes ante síntomas crónicos con falta de respuesta a tratamientos convencionales, sin causa evidente. Se recomienda incluir la sospecha de tuberculosis ocular en el diagnóstico diferencial de la uveítis crónica,

especialmente en zonas endémicas y pacientes con inmunocompromiso. Este reporte de caso clínico busca ayudar a visibilizar una forma clínica subdiagnosticada pero potencialmente tratable.

PALABRAS CLAVE	Diabetes Mellitus tipo 2, Tuberculosis ocular, Uveítis		
TÍTULO DEL TRABAJO	TROMBOSIS VENA OVARICA COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO, A PROPOSITO DE UN CASO:		
CLASE	CASO CLÍNICO		
CATEGORÍA	GINECOLOGIA		
AUTOR	SAGREDO TORRES CATHERINE (1)		
CO-AUTORES	GONZALEZ	FLORES	MAITE (2)
	PINILLA MORA ROCIO (2)		
AFILIACIÓN	(1) MÉDICA CIRUJANA, HOSPITAL FAMILIAR Y COMUNITARIO DE TOLTÉN		
	(2) MÉDICA CIRUJANA, HOSPITAL FAMILIAR Y COMUNITARIO DE TOLTÉN		
INTRODUCCIÓN	La trombosis de la vena ovárica (TVO), es una patología infrecuente, asociada en la mayoría de los casos a neoplasia, cirugía abdominal reciente, infección/inflamación pélvica. Clínicamente puede presentarse como dolor abdominopélvico inespecífico o incluso como abdomen agudo, siendo por tanto un diagnóstico imagenológico		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 61 años, antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus II y fibromialgia. Cuadro de 2 días de dolor abdominal agudo intenso EVA 10/10, afebril, náuseas sin vómitos, deposiciones y orina normal. Al ingreso hemodinámicamente estable, quejumbrosa, abdomen blando depresible, doloroso en hemiabdomen inferior, mayor en flanco y fosa iliaca derecha, Blumberg dudoso. Exámenes, parámetros inflamatorios bajos, hemograma normal, perfil bioquímico y hepático dentro de rangos normales. Se administra analgesia endovenosa con respuesta parcial; por persistencia del dolor, se realiza TAC abdomen y pelvis con contraste, donde destaca trombosis de la vena ovárica derecha de inicio reciente		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La terapia con anticoagulación es el pilar fundamental en el manejo de esta enfermedad ya que reduce la morbimortalidad de las pacientes; y si bien no está definido el tiempo de tratamiento, se ha reportado tiempos mínimos de 3 meses. El dolor persistente intenso con mala respuesta a analgesia fueron las características principales, siendo finalmente el		

diagnóstico imagenológico el que condujo a la resolución del caso. A pesar de ser una entidad infrecuente, debe siempre considerarse como diagnóstico diferencial de dolor abdominal bajo, incluso en mujeres fuera del periodo postparto, además de sospechar y/o buscar dirigidamente factores de riesgo protrombóticos como parte del estudio complementario, considerar que, la ausencia de terapia médica puede conducir a consecuencias graves como TEP y sepsis

PALABRAS CLAVE	Ovario, Pelvis, Trombosis, Trombosis de la vena
TÍTULO DEL TRABAJO	TUMOR DE KÖENEN: Una manifestación característica de la esclerosis tuberosa:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Dermatología)
AUTOR	Cárcamo Lagos Ignacio (1)
CO-AUTORES	Cárcamo Lagos Eduardo (1), Rojas Betti Fernando (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, Hospital Marco Chamorro Iglesias, Porvenir
INTRODUCCIÓN	La esclerosis tuberosa (ET) es una patología hereditaria, causada por una mutación autosómica dominante, caracterizada por el desarrollo de tumores benignos en distintos órganos, incluidos cerebro, riñones, piel y pulmones. Los tumores de Köenen, fibromas sub o periungueales, dolorosos y propensos a sangrar, son considerados la lesión cutánea característica de la ET. En el presente, se expone el afrontamiento de un caso en atención primaria (APS) de hospital de baja complejidad.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina de treinta y tres años, con antecedente de epilepsia y esclerosis tuberosa diagnosticados en la adolescencia, usuaria de carbamazepina. Consulta en APS por aparición de lesiones eritematosas, filiformes, firmes al tacto, de medio milímetro de diámetro, en relación a lecho ungueal de primer y tercer orjejo del pie derecho, cauterizadas hace dos años por médico general en extrasistema, con recidiva hace dos semanas asociados a sangrado y sensibilidad. Se realiza interconsulta por teledermatología, donde se establece como hipótesis diagnóstica tumores de Köenen, indicándose resección en centro de origen. Se realiza extirpación quirúrgica como cirugía menor a bisturí frío, sin incidentes. Evoluciona favorablemente, sin necesidad de reintervención.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Si bien los trastornos neurológicos son las principales manifestaciones de la EP, se estima que los tumores de Köenen aparecerían en la mitad de los

pacientes, pudiendo incluso ser la única manifestación inicial. Usualmente aparecen en dedos de los pies, y generan problemas por dolor, sangrado y estética, recomendándose extirpación pese a una alta tasa de recidiva. Como alternativas aparecen extirpación quirúrgica, terapia láser, y electrocoagulación. La exéresis completa con exposición de la matriz ofrecería mayor tasa de éxito, aunque requiere mayor experiencia técnica. Es importante que los médicos generales reconozcan estas lesiones, ya que la pesquisa puede llevar a un diagnóstico precoz y, por otro lado, el abordaje quirúrgico es sencillo y resulta en un beneficio rápido para el paciente.

PALABRAS CLAVE	Esclerosis Tuberosa, Fibroma, Procedimientos Quirúrgicos Menores
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL PRIAPISMO ISQUÉMICO POR ANTIPSICÓTICO ATÍPICO DE USO FRECUENTE:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades
AUTOR	Jimenez Rodriguez Pilar (1)
CO-AUTORES	Campos Negrete Valentina (1), González Canala-Echevarría Tomás (1), Sotomayor Leon Juan (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital San Vicente, San Vicente Tagua Tagua
INTRODUCCIÓN	El priapismo es una erección persistente del pene por más de 4 horas, la cual no está asociada a excitación sexual. Dependiendo de la etiología se puede clasificar en isquémico, no isquémico e intermitente. El priapismo isquémico es una emergencia urológica y representa más del 95% de todos los episodios. La duración del evento está asociada directamente con la incidencia de disfunción eréctil permanente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 39 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 32 horas de evolución de erección peneana posterior a ingesta de 100 mg de quetiapina. Bajo anestesia local se realiza aspiración e irrigación de los cuerpos cavernosos de sangre oscura con coágulos hasta obtener sangre fresca, posteriormente se realiza inyección intracavernosa con epinefrina 300 mcg por 3 veces, sin lograr detumescencia del pene, el análisis de sangre aspirada orienta a etiología isquémica. En un segundo tiempo, se realiza shunt distal bajo técnica de Al-Ghorab, logrando detumescencia parcial. Posterior a 48 horas de evolución se logra una detumescencia

completa, por lo cual se decide alta médica con control por urología para evaluar complicaciones secundarias y definir instalación de prótesis penénea como tratamiento definitivo del cuadro.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES En los últimos años, hemos visto un incremento significativo en el uso de antipsicóticos en todo el mundo. Esto se debe a varias razones, incluyendo una mayor conciencia y diagnóstico de trastornos psiquiátricos, sin embargo, también existen preocupaciones importantes con el uso excesivo o inapropiado que puede llevar a efectos secundarios importantes como es el caso del priapismo. Aunque puede ser un evento infrecuente, su importancia radica en que, si no se trata a tiempo, puede conducir a daño tisular y disfunción eréctil permanente, trayendo consigo daños físicos y emocionales irreversibles en el afectado.

PALABRAS CLAVE Antipsicóticos, Priapismo, Urología.

TÍTULO DEL TRABAJO OBSTRUCCIÓN INTESTINAL AGUDA SECUNDARIA A TUMOR NEUROENDOCRINO DE ILEON DISTAL:

CLASE Caso clínico

CATEGORÍA d) Cirugía

AUTOR el Constanza (1)

CO-AUTORES Retamal Ramírez Lucas (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital Comunitario de Salud Familiar de Yungay, Yungay.

INTRODUCCIÓN El tumor neuroendocrino, conocido como carcinoma neuroendocrino, es una neoplasia poco frecuente, corresponde a menos del 5% de las causas de los tumores gastrointestinales. Diagnóstico incidental a través de imágenes o en intervenciones realizadas en etapas avanzadas tras complicaciones obstructivas del tumor, siendo esta última forma de presentación la que se abordará en el siguiente caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO AC Previo consentimiento informado: Masculino, 61 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en servicio de urgencia por cuadro de 2 días de evolución de dolor abdominal difuso, dado de alta con manejo sintomático. Reconsulta al día siguiente por persistencia del dolor, vómitos y diarrea. En exámenes parámetros inflamatorios elevados, radiografía abdominal imagen de "signo de grano de café", Tomografía Computarizada (TC) de abdomen signos de obstrucción secundarios a

hernia interna. Ingres a pabellón donde se evidencia tumor obstructivo a 10 cm de la válvula ileocecal. Biopsia íleon distal "Tumor neuroendocrino bien diferenciado, Grado 2, Bormann I. Ki-67 positivo en 1% de las células tumorales". Tras dos meses TC sin signos de diseminación en tórax ni abdomen. Pelvis con ganglios mesentéricos prominentes inespecíficos. A los 5 meses estudio con Tomografía por emisión de positrones - CT, ausencia de enfermedad.

Tras un año usuario asintomático, buena evolución.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Usuario derivado por sospecha de obstrucción intestinal. TC abdomen y pelvis no logra informar causa, siendo objetivada la presencia de una tumoración obstructiva en el intraoperatorio. Si bien infrecuente, durante las últimas 3 décadas se ha informado un aumento sustancial en su incidencia de hasta 6 veces, por lo que se hace necesario proponer su inclusión como diagnóstico diferencial de patologías frecuentes del tracto digestivo, por ejemplo dentro del tamizaje de cáncer colorrectal. En la mayoría de los casos se diagnostica en estadios avanzados, cuando ya ha hecho metástasis o presenta complicaciones obstructivas como en el caso presentado, empeorando su pronóstico.

PALABRA CLAVE S Carcinoma neuroendocrino, Obstrucción intestinal, tracto gastrointestinal

TÍTULO DEL TRABAJO MANIFESTACIONES OCULARES DE HERPES ZOSTER. A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE	h) Especialidades (Oftalmología)			
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)			
AUTOR	Villagra Iturriaga Paula (1)			
CO-AUTORES	Campos	Sepúlveda	Cristian	(1)
	Araneda Roselló Gabriel (1)			
AFILIACIÓN	(1) Medico General de zona, CESFAM Carol Urzua, San Bernardo			
INTRODUCCIÓN	El herpes zóster (HZ) se produce por una reactivación del virus varicela zoster. Dentro de sus factores de riesgo destaca la edad avanzada y la inmunosupresión. La afectación oftalmológica ocurre cuando existe compromiso de la primera rama del V par craneal. Entre el 4 y el 20% de los pacientes que cursan con HZ presentan afectación oftálmica. Dentro de estos 50% tendrán enfermedad ocular con recurrencias de hasta un 25%.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 55 años, con antecedentes de DMNIR, HTA y episodio depresivo en tratamiento consulta por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por cefalea, malestar general acompañado de conjuntivitis hiperémica en ojo derecho. Comenta que días previos al cuadro inició con dolor tipo ardor intenso asociado a piel alrededor del ojo. Este es su tercer episodio. Al examen destaca: piel sin lesiones, hiperalgesia en zona periocular derecha, presencia de ojo rojo superficial derecho, sin secreciones, agudeza visual y campo conservados. Reflejo fotomotor y consensual conservado. Examen neurológico normal. Se deriva a oftalmología y se inicia tratamiento antiviral con aciclovir vía oral.			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El HZ oftálmico puede aparecer entre 2 a 4 semanas posterior a la erupción. Si hay presencia de lesiones herpéticas en la punta de la nariz (signo de Hutchinson), aumenta el riesgo de enfermedad ocular. Pero en casos raros podemos encontrar ausencia del clásico brote y tener la patología sin erupción cutánea. Puede presentarse como conjuntivitis, blefaritis, queratitis con posibles complicaciones a largo plazo como ojo seco, triquiasis. También puede afectar cornea con necesidad incluso de trasplante, la retina con riesgo de desprendimiento hasta en un 50% de los casos. Otras complicaciones raras pueden ser parálisis de nervios craneales, más frecuente el tercero. El hacer un diagnóstico precoz ayuda a realizar un tratamiento antiviral efectivo y reducir las complicaciones oculares en hasta en 10 a un 30%.			

PALABRAS CLAVE	Herpes zoster, Herpes zoster oftálmico, Ocular.
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME VESTIBULAR AGUDO, ABORDAJE EN URGENCIAS A PROPÓSITO DE UN CASO.
CLASE	h) Especialidades (Otorrinolaringología)
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Avello Díaz Hugo (1),
CO-AUTORES	Bermont Portilla Constanza (1), Salazar Mejías Ángela (1), Garrido Podea Consuelo (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Curepto, Curepto. (2) Interna de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
INTRODUCCIÓN	De los pacientes en urgencia un 3,5% consultan por mareos o vértigo, de estos el 10-20% presentan un síndrome vestibular agudo (SVA). Este puede ser causado por trastornos del sistema vestibular periférico con afecciones generalmente benignas y autolimitadas, pero también por lesiones del sistema nervioso central que pueden ser graves y potencialmente mortales, por tanto resulta fundamental conocer una estrategia de evaluación clínica confiable para evitar errores diagnósticos.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 22 años con antecedentes de esclerosis múltiple consulta por vértigo de inicio agudo de 12 horas de evolución de alta intensidad que dificulta la marcha asociado a múltiples episodios de vómitos e hipoacusia derecha subjetiva. Al examen físico de ingreso destaca inestabilidad en la marcha, sin signos de focalidad neurológica, con nistagmus horizontal grado 3 a izquierda, head impulse test positivo a derecha, skew test negativo, impresionando además hipoacusia derecha. Ante protocolo HINTS PLUS positivo por sospecha de hipoacusia, se hospitaliza con medidas de neuroprotección hasta realización de audiometría que objetiva umbrales auditivos en menos de 20 decibeles en todas las frecuencias por lo que se confirma neuritis vestibular siendo tratado con corticoides, antivertiginosos y rehabilitación vestibular con buena respuesta.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Un 25% de SVA son por accidente cerebrovascular (ACV) de fosa posterior. Dentro de las primeras 48 hrs de evolución el scanner tiene una sensibilidad de 16% y la resonancia magnética de 88%. No obstante el protocolo HINTS que se realiza como parte de la evaluación de examen físico tiene una sensibilidad de 96%, ya que un ACV que afecte la arteria

cerebelosa anteroinferior dará clínica como causa periférica, no obstante si se agrega la evaluación de nueva hipoacusia al HINTS, aumenta su sensibilidad a 100% y especificidad a 96%. Por tanto, ante su sospecha es prioritaria su objetivación mediante una audiometría.

PALABRAS CLAVE Neuronitis vestibular, Mareo, Vértigo.

TÍTULO DEL TRABAJO SÍNDROME DE DRESS A PROPÓSITO DE UN CASO

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina interna

AUTOR Tapia Del Río Daniela (1)

CO-AUTORES Garrido Pereira Camila (2), Gatica Pinilla Camila (3)

AFILIACIÓN (1) Médico general de zona, Consultorio Victor Domingo Silva, Coyhaique.
(2) Medico general de zona, CECOSF Chacabuco, Aysén.
(3) Medico General de zona, CECOSF Villa Mañihuales, Aysén.

INTRODUCCIÓN El síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) es una reacción adversa grave inducida por medicamentos. Se caracteriza clínicamente por la presencia de lesiones cutáneas, fiebre, alteraciones hematológicas como eosinofilia y linfocitos atípicos, así como por la afectación de órganos internos. Esta reacción suele presentarse de forma tardía, entre 3 a 12 semanas después del inicio del fármaco responsable. A través del siguiente caso evaluaremos la manifestación clínica de este síndrome y su manejo terapéutico.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente con antecedente de trastorno ansioso bipolar inició tratamiento con carbamazepina seis semanas antes de presentar un cuadro de dos semanas de evolución, caracterizado por rash maculopapular en extremidades que se generalizó, sensación febril, artralgias y diarrea. Al ingreso se encontraba taquicárdica, normotensa, subfebril, con rash cutáneo generalizado y edema facial y de extremidades. Se suspendieron los fármacos neuropsiquiátricos y se inició tratamiento con hidrocortisona intravenosa y antihistamínicos. Los exámenes mostraron leve elevación de enzimas hepáticas, leucocitosis y eosinofilia. Evolucionó favorablemente en 72 horas y fue dada de alta para completar tratamiento ambulatorio.

Cinco días después reconsultó por reaparición del rash, aunque menos extenso y sin alteraciones significativas en laboratorio. Se diagnosticó síndrome de DRESS de lenta resolución y se mantuvo el mismo manejo terapéutico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El síndrome de DRESS es una reacción adversa poco frecuente pero potencialmente grave, con una mortalidad estimada de hasta un 10%. Su diagnóstico es principalmente clínico y puede ser difícil debido a la inespecificidad de los síntomas. El tratamiento se basa en el uso oportuno de corticoesteroides. En el caso presentado, destaca la reaparición de síntomas tras el alta, pese a la continuidad del tratamiento, lo que subraya la importancia del seguimiento médico estrecho para prevenir complicaciones.

PALABRAS CLAVE Síndrome de hipersensibilidad a medicamentos , Rash cutáneo, leucocitosis

TÍTULO DEL TRABAJO MIELOMA MÚLTIPLE CON PRESENTACIÓN ATÍPICA COMO EDEMA PULMONAR AGUDO: REPORTE DE CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA H) Especialidades (Oncología)

AUTOR Rojas Briones Felipe (1)

CO-AUTORES Rozas Alvarado Carlos (2)
Gómez Zúñiga Valentina (2)
Toledo Moura Alexander (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Confraternidad, Servicio de Salud Metropolitano Sur.
(2) Estudiante de Medicina, 3° Año, Universidad Bernardo O'Higgins, Santiago

INTRODUCCIÓN El mieloma múltiple (MM) constituye la segunda neoplasia hematológica más prevalente en Chile. Aunque su cuadro clásico incluye la tríada de hipercalcemia, insuficiencia renal y anemia, presentamos el proceso diagnóstico de un caso inusual donde el edema pulmonar agudo (EPA) fue la manifestación inicial.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 50 años, hipertenso en tratamiento, consultó por cefalea, disnea progresiva y edema de miembros inferiores. Al ingreso destacaba desaturación al 85% en aire ambiente, presión arterial de 197/111 mmHg y ecocardiografía bedside compatible con EPA. Los exámenes iniciales revelaron anemia severa (Hb 6,1 g/dL), insuficiencia

renal aguda (creatinina 2,2 mg/dL), hipoalbuminemia marcada (1,7 g/dL), hipocalcemia (6,9 mg/dL) y elevación extrema de Pro-BNP (7000 pg/mL). El cuadro se manejó inicialmente como insuficiencia cardiaca descompensada con terapia diurética y soporte ventilatorio no invasivo, obteniendo mejoría sintomática. La evaluación posterior demostró proteinuria en rango nefrótico (10,1 g/24h) y lesiones líticas dudosas en radiografía de tórax. La electroforesis de proteínas detectó banda monoclonal en región gamma, y la biopsia de médula ósea confirmó infiltración por células plasmáticas clonales (65%), estableciendo el diagnóstico definitivo de MM.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso resulta paradigmático por tres aspectos: 1) EPA como presentación inicial inusual de MM, 2) ausencia inicial de hipercalcemia y lesiones óseas evidentes, y 3) retraso en el enfrentamiento sindromático, ya que el cuadro se atribuyó inicialmente como una insuficiencia cardiaca. Destaca la importancia de considerar MM en el estudio de pacientes con afectación multisistémica (renal, hematológica y cardiovascular), particularmente cuando coexisten anemia, proteinuria significativa e hipoalbuminemia.

Conclusión: El MM puede debutar como EPA secundario a hipervolemia en contexto de falla renal y síndrome nefrótico. Este caso enfatiza la necesidad de mantener un alto índice de sospecha en presentaciones atípicas, implementando un enfoque diagnóstico secuencial que integre hallazgos clínicos, de laboratorio e imagenológicos.

PALABRAS CLAVE

Mieloma Múltiple, Edema Pulmonar, Insuficiencia Renal

TÍTULO DEL TRABAJO	ERUPCIÓN MUCOCUTÁNEA INFECCIOSA REACTIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	h) especialidades (dermatología)
AUTOR	Uribe Cortes Francisco (1)
CO-AUTORES	Salinas Arraño Gonzalo (1), Maldonado Fuentes Carolina (1), Jara Figueroa Laura (2)
AFILIACIÓN	1. Medico General de Zona, Hospital Dr. Jorge Ibar Bruce, Puerto Cisnes 2. Interna de medicina, Hospital Dr. Jorge Ibar Bruce, Universidad de la Frontera.
INTRODUCCIÓN	La erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME) es una entidad clínica poco frecuente, caracterizada por una reacción mucocutánea de aparición aguda. <i>Mycoplasma pneumoniae</i> (MP) es el agente etiológico más comúnmente asociado a esta condición. Clínicamente, se manifiesta con una mucositis significativa precedida por una clínica prodrómica infecciosa (tos, fiebre, malestar general), con o sin erupción cutánea. El diagnóstico es habitualmente clínico. En este contexto, se presenta el caso clínico de quien desarrolló RIME posterior a una presunta infección por <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , con el objetivo de resaltar las características clínicas, el abordaje diagnóstico y el manejo terapéutico de esta entidad infrecuente pero clínicamente relevante.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 30 años sin antecedentes mórbidos ni alergias conocidas, fue derivado desde kinesioterapia en donde se atendía por bronquitis. El usuario refiere cuadro de aproximadamente 10 días de evolución de cefalea, tos productiva y mialgias, al momento de la consulta solo persiste tos, y lesiones en mucosa oral de 3 días de evolución. Niega otras lesiones cutáneas. Examen físico: En mucosa oral destaca lesiones ulcerosas, algunas hemorrágicas violáceas. Sin otras lesiones cutáneas ni mucosas., Nikolsky negativo, Sin otros hallazgos. Se solicita laboratorio general: Solo destaca proteína C reactiva en 36 y leucocitos en 15.340 células/uL, sin eosinofilia. Se maneja como primoinfección por Herpes y se gestiona evaluación a la brevedad por dermatología ante la sospecha de eritema multiforme. Evaluado por dermatología, cursando bronquitis obstructiva en brote de micoplasma, se interpreta como RIME. No se cuenta con pruebas microbiológicas para confirmar exposición de micoplasma, sin embargo

se realiza tratamiento empírico con azitromicina, llegando a remisión completa de lesiones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Si bien es una entidad clínica infrecuente, dado los frecuentes brotes de *Mycoplasma pneumoniae*, es relevante que el médico general se encuentre familiarizado con esta entidad, con el fin de otorgar una atención adecuada.

PALABRAS CLAVE Mycoplasma, dermatología, exantema

TÍTULO DEL TRABAJO DIFILOBOTRIASIS CAUSADA POR *DIPHYLLOBOTHRIUM LATUM*, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC).

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Forner Muñoz Fernanda (1)

CO-AUTORES Solís Durán Carolina (2), Hernández Marchant Marco (3), León Méndez Valeria (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital Dr Leopoldo Ortega, Chile Chico, Chile
(2) Médico General de Zona, Cefam Ventanas, Puchuncaví, Chile
(3) Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile

TÍTULO DEL TRABAJO DIFILOBOTRIASIS CAUSADA POR *DIPHYLLOBOTHRIUM LATUM*, A PROPÓSITO DE UN CASO:

INTRODUCCIÓN La difilobotriasis es una zoonosis parasitaria intestinal de origen íctico causada por el cestodo *Diphyllbothrium Latum* (D. Latum). El principal factor de riesgo es el consumo de pescado crudo de agua dulce o marina. La infección inicia cuando un crustáceo ingiere el coracidio y desarrolla la forma procercoide, que al ser consumida por peces planctófagos evoluciona a plerocercioide, etapa infectiva que se aloja en su musculatura. Una vez establecido en humanos induce una respuesta neuroendocrina intestinal. El fácil manejo de esta patología hace relevante reconocer y describir la difilobotriasis como diagnóstico diferencial en cuadros gastrointestinales inespecíficos de curso crónico.

PRESENTACIÓN DEL CASO Femenina 39 años con antecedentes de lupus eritematoso sistémico y hemicolectomía por peritonitis apendicular durante la infancia, presenta dolor abdominal cólico, distensión y diarrea intermitente de un año de evolución. Dentro del estudio inicial, presenta anemia microcítica hipocrómica y coproparasitológico seriado con huevos de D.Latum. Se

trata con praziquantel en dosis única 10 mg/kg, logrando mejoría de síntomas gastrointestinales. Luego de 6 meses del tratamiento logra eliminar espontáneamente parásito de 10 cm, el cual se estudia y confirma diagnóstico inicial.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La difilobotriasis por *D. Latum* causa síntomas gastrointestinales como dolor abdominal, vómitos, diarrea, mialgias, fatiga y dispepsia, además de anemia megaloblástica, deficiencia vitamina B12, pancitopenia y eosinofilia. Frente a dolor abdominal crónico, como en este caso, deben considerarse otros diagnósticos diferenciales como giardiasis o amebiasis, enfermedades inflamatorias intestinales, malabsorción secundaria a sobrecrecimiento bacteriano, enfermedad celíaca y deficiencias nutricionales crónicas. Dado el antecedente de lupus eritematoso sistémico, tampoco se debe descartar compromiso gastrointestinal autoinmune. Destaca la relevancia de la difilobotriasis como problema de salud pública en regiones endémicas como el sur de Chile y su potencial expansión a través del consumo de pescado crudo, destacando la necesidad de implementar medidas preventivas eficaces, dado su fácil diagnóstico y tratamiento accesible.

PALABRAS CLAVE Difilobotriosis, *Diphyllobothrium*, *Taenia*.

TÍTULO DEL TRABAJO MÁS QUE UN VÉRTIGO, UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR OCULTO

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA g) Neurología

AUTOR González Canala-Echevarría Tomás (1)

CO-AUTORES Jimenez Rodriguez Pilar (1), Herrera Ramirez Catalina (1), Venegas Vergara Carolina (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital San Vicente, San Vicente Tagua Tagua. (2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar San Vicente, San Vicente Tagua Tagua.

INTRODUCCIÓN El accidente cerebrovascular (ACV) isquémico de cerebelo representa el 3% del total de ACV. Puede afectar cualquiera de las arterias que irrigan el cerebelo: arteria cerebelosa posterior (PICA), arteria cerebelosa anteroinferior (AICA) o la arteria cerebelosa superior (SCA). Comparten las mismas etiologías de ACV de circulación anterior. Su cuadro clínico se

caracteriza por instalación abrupta de vértigo, marcha inestable o nistagmo. La tomografía computarizada (TAC) suele ser normal hasta en un 25% de los pacientes dificultando el diagnóstico precoz.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 91 años, con antecedentes de hipertensión arterial, previamente autovalente. Presenta de forma abrupta vértigo y parálisis facial izquierda, se diagnostica en primera instancia con Parálisis de Bell con manejo ambulatorio. Posteriormente reconsulta por imposibilidad en la marcha. Al examen neurológico destaca parálisis facial izquierda completa, mal control axial, nistagmo rotatorio, dismetría y disdiadococinesia izquierda. Se realiza TAC sin contraste de cerebro que reporta: Infarto cerebeloso izquierdo de dos tiempos evolutivos en territorio de PICA y AICA, uno antiguo y otro subagudo que compromete el puente y el pedúnculo cerebeloso izquierdo. Se indican medidas de neuroprotección y estudio de fuente embólica donde destaca estenosis severa de bulbos carotídeos. Al alta, persiste con mal control axial y parálisis facial, en seguimiento por equipo de rehabilitación y neurología.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Dentro de los ACV cerebelosos, los infartos de la AICA son infrecuentes, representando el 0.1% del total de ACV. La AICA está estrechamente relacionada con los nervios craneales: abducens, facial y vestibulococlear, por lo tanto, el compromiso de estas arterias presentan una clínica cerebelosa atípica lo que dificulta el diagnóstico en ausencia de neuroimagen. Aunque los ACV cerebelosos son infrecuentes, es de vital importancia su sospecha, detección oportuna y manejo precoz para disminuir las complicaciones asociadas.
PALABRAS CLAVE	Accidente cerebrovascular, Cerebelo, Fosa craneal posterior, Parálisis facial, Vértigo

TÍTULO DEL TRABAJO	DE LIPOTIMIA A INSUFICIENCIA CARDÍACA DERECHA: RETRASO DIAGNÓSTICO DE UNA COMUNICACIÓN INTERAURICULAR EN LA EDAD ADULTA
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Delteil Cruz Gastón (1)
CO-AUTORES	Rademacher Navarrete Catalina (2), Soto Lehnert Alejandro (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cefam hualpencillo, Hualpén (2) Médico General de Zona, Cefam San Pedro-Candelaria, San Pedro de la Paz (3) Interno de medicina, Universidad San Sebastián, Concepción
INTRODUCCIÓN	La comunicación interauricular (CIA) es una cardiopatía congénita común, con una abertura septal que causa cortocircuito sanguíneo. Su incidencia global es de 0.5-1 por cada 1000 nacidos vivos (6-10% de las cardiopatías congénitas). En Chile, aunque faltan datos específicos, las cardiopatías congénitas son una causa importante de morbilidad infantil, haciendo crucial la detección y manejo tempranos para mejorar el pronóstico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 23 años con disautonomía, obesidad y ansiedad consultó por lipotimia, presentando inicialmente estabilidad hemodinámica y ECG normal, lo que llevó a manejo ambulatorio. Sin embargo, una semana después experimentó disnea, palpitaciones, disnea paroxística nocturna y edema, motivo de una nueva consulta de urgencia. En esta segunda evaluación, se evidenció taquicardia y taquipnea. Un nuevo ECG reveló sobrecarga derecha. El ecocardiograma confirmó dilatación de cavidades derechas, hipertensión pulmonar y una comunicación interauricular. Tras este hallazgo, se procedió a la estabilización de la paciente y su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos para un manejo especializado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La dificultad para sospechar cardiopatías congénitas en adultos con síntomas no cardíacos es una controversia clave. En este caso, la lipotimia inicial pudo atribuirse a disautonomía o ansiedad, resaltando la necesidad de considerar causas estructurales ante la persistencia de síntomas. Respecto al diagnóstico, un ECG normal inicialmente no excluye CIA, como se evidenció con el ECG posterior mostrando sobrecarga derecha. El ecocardiograma fue fundamental para el diagnóstico definitivo, aunque existe debate sobre el cribado en adultos con síntomas inespecíficos. La hipertensión pulmonar añade complejidad al manejo,

discutiéndose el umbral para el cierre y la necesidad de evaluar su reversibilidad mediante cateterismo, ya que una hipertensión severa podría contraindicarlo. En conclusión, ante insuficiencia cardíaca en adultos, incluso con presentaciones atípicas, debe considerarse la CIA, requiriendo una evaluación exhaustiva para guiar el manejo y optimizar el pronóstico.

**PALABRAS
CLAVE**

Cardiopatías congénitas, Disautonomía, Hipertensión Pulmonar,

TÍTULO DEL TRABAJO ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Arriagada Canto Isabel (1)

CO-AUTORES Alonso Figueroa Diego (1), Ordóñez Cabrera Mario (1).

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Calbuco, Calbuco.

INTRODUCCIÓN La enfermedad de Still del adulto es un trastorno inflamatorio sistémico poco frecuente, de etiología desconocida y baja prevalencia. Esta patología significa un desafío diagnóstico dado lo poco frecuente y variabilidad clínica. Se presenta caso de paciente con Enfermedad de Still, cuyo objetivo es evidenciar lo dificultoso y desafiante que continúa siendo el diagnóstico de esta patología.

PRESENTACIÓN DEL CASO Masculino, 71 años, antecedentes de hipertensión arterial e infarto agudo al miocardio; consulta en urgencias por cuadro de un mes de evolución de baja de peso objetivada de 4 kg, diaforesis, fiebre >38°C intermitente, tos seca, artralgias, odinofagia intermitente, decaimiento y fatiga. Se inicia estudio por síndrome consuntivo. En laboratorio destaca hemoglobina 11.9 g/dL, leucocitos 16950 uL, segmentados 81.6%, PCR (proteína C reactiva) 143.5 mg/L, VHS 67 mm/hr. Se hospitaliza para estudio.

Se realiza estudio imagenológico con tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis, donde destacan múltiples adenopatías mediastínicas e hilio pulmonar derecho, adenopatías retroperitoneales e ilíacas bilaterales.

Control de laboratorio a la semana, hemoglobina 9.2, g/dL, leucocitos 11680 uL, segmentados 79%, VHS >120 mm/hr, PCR 113.8 mg/L,

ferritina 2139.4 ng/mL, test de coombs positivo. Urocultivos y hemocultivos negativos. Con persistencia de episodios febriles y compromiso del estado general. Con estudio se descarta cuadro infeccioso permanente. Evaluado por hematólogo, plantea sospecha diagnóstica de Enfermedad de Still, sin causa evidente secundaria. Se inicia prueba terapéutica con prednisona, a las 24 hrs con mejoría clínica evidente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La enfermedad de Still del adulto se caracteriza por fiebre vespertina >39°C de al menos una semana, lesiones cutáneas maculopapulares, artralgias o artritis, odinofagia, adenopatías, serositis, inflamación e hiperferritinemia. El diagnóstico es clínico y por exclusión, y se confirma con la respuesta al tratamiento indicado, lo que coincide con la bibliografía y demuestra lo desafiante del diagnóstico pese a los avances de la medicina.

PALABRAS CLAVE Diagnóstico, Enfermedad de Still del adulto, Fiebre, Leucocitosis.

TÍTULO DEL TRABAJO TUBERCULOSIS INTESTINAL COMO CAUSA DE DIARREA CRÓNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA B) Medicina Interna

AUTOR Castro Galaz Sebastián (1)

CO-AUTORES Vera Johnson Catalina (2), Silva López María (3)

AFILIACIÓN (1)Médico general de zona, Hospital Familiar y Comunitario de Lanco, Lanco.
(2)Médica general de zona, CESFAM Alberto Bachelet, Santiago.
(3)Médica general de zona, CECOSF Los Libertadores, Santiago.

INTRODUCCIÓN La diarrea crónica puede deberse a múltiples etiologías, incluyendo cuadros infecciosos, inflamatorios, neoplásicos, malabsorción y funcionales. Pese a ser frecuente, suele atribuirse rápidamente a trastornos funcionales, omitiendo causas identificables y tratables. El objetivo del presente caso es mostrar cómo un adecuado abordaje de banderas rojas puede llevar a un diagnóstico que cambie el pronóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO Hombre de 41 años, sin antecedentes. Consulta por 3 meses de diarrea, acompañada de dolor abdominal epigástrico cólico posterior a comidas. Al examen físico sin alteraciones relevantes según lo descrito en primera consulta. Se solicitaron hemograma, coprocultivo y parasitológico

seriado. Acude 2 semanas después a revisar exámenes. Coprocultivo y parasitológicos negativos. Hemograma con Hemoglobina 11 g/dL microcítica hipocrómica. Leucocitosis 11470 /mm³ predominio neutrófilos, plaquetas 607000/mm³. Se reinterroga dirigidamente, refiriendo baja de peso sobre 20 kg en 3 meses, hematoquezia, diaforesis nocturna y tos con expectoración hemoptoica. Por síndrome consuntivo se solicita baciloscopía, colonoscopia y VIH. Resultando la baciloscopía positiva. Al control paciente febril, taquicárdico, caquético, con transaminasas elevadas, por lo que se decide hospitalización. Se amplía estudio con GeneXpert en esputo positivo, no resistente; escáner que muestra compromiso pulmonar extenso, pleural, hepático, e intestinal. Se inicia esquema endovenoso con moxifloxacin, meropenem y linezolid mientras se resuelve el compromiso hepático. Tras tratamiento evoluciona favorablemente, recupera valores normales de pruebas hepáticas, se pasa a esquema normal, completando tratamiento de forma ambulatoria, subiendo de peso y asintomático al alta. Paciente autoriza presentar caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Aproximadamente 46% de los pacientes con tuberculosis intestinal presentan diarrea, también suele acompañarse de dolor abdominal, anemia y baja de peso. Todo presente en este caso, pero no pesquisado inicialmente. Esto podría haberse diagnosticado con buena anamnesis, agotando la diarrea y buscando banderas rojas como la baja de peso, que en este caso permitió llegar al diagnóstico y se encuentra en el 80% de los casos.

PALABRAS CLAVE Diarrea, Tuberculosis, Tuberculosis gastrointestinal.

TÍTULO DEL TRABAJO PERFORACIÓN INTESTINAL, SECUNDARIA A ESTENOSIS YEYUNAL COMO SECUELA DE TROMBOSIS PORTO-MESENTÉRICA POSTERIOR A GASTRECTOMÍA EN MANGA:

CLASE CASO CLÍNICO (CC)

CATEGORÍA d) CIRUGÍA

AUTOR SMITH GAHONA CATALINA (1)
CO-AUTORES BOSNIC SALAZAR ANDRIJANA (1)
REYES MAZE CAMILA (1)
AMAT TRUJILLO PEDRO (2) (tutor)

AFILIACIÓN (1) Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad De Los Andes (2) Médico Cirugía General Adulto, Clínica Dávila Recoleta, Santiago

INTRODUCCIÓN La trombosis porto-mesentérica es una complicación poco frecuente de la gastrectomía en manga, presentándose en aproximadamente el 1% de los casos, la cual puede llevar a secuelas como la cavernomatosis hepática, y rara vez a estenosis de segmentos intestinales comprometidos. El presente caso busca exponer una inusual perforación yeyunal como consecuencia de una estenosis intestinal posterior a cirugía bariátrica.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 35 años con antecedentes de una trombosis porto-mesentérica posterior a gastrectomía en manga, diagnosticada hace 3 meses en tratamiento con anticoagulante oral. Se realizó una Tomografía Axial Computarizada (TAC) de abdomen y pelvis de control que informó una estenosis de asa de yeyuno, muy probablemente post-isquémica. Clínicamente el paciente no presentó cuadro de obstrucción intestinal, hasta que consultó en servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal brusco, difuso, de 4 horas de evolución, asociado a vómitos no fecaloideos. Ingresó en malas condiciones generales, taquicárdico, hipotenso y mal perfundido. Se realizó TAC de Abdomen y Pelvis que informó neumoperitoneo y engrosamiento parietal de asa yeyunal sugerente de fenómenos isquémicos. Se realizó laparoscopia exploradora evidenciando perforación de víscera hueca. Se llevó a cabo un extenso aseo peritoneal, resección del segmento comprometido y entero-entero anastomosis. Evolución favorable hasta mejoría. Paciente refiere estar de acuerdo en compartir su información.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Si bien la estenosis intestinal post trombosis porto-mesentérica es infrecuente, y más aún que esta evolucione a una perforación, siempre se debería sospechar y realizar seguimiento imagenológico de toda trombosis porto-mesentérica. En caso de hallar una estenosis, se debe realizar la resección y anastomosis precoz programada, ya que podría evitar una eventual perforación.

PALABRAS CLAVE Cirugía Bariátrica, Perforación Intestinal, Trombosis

TÍTULO DEL TRABAJO FENÓMENO DE RAYNAUD SEVERO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE REACTIVACIÓN LÚPICA:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Casas Salazar Vicente (1)

CO-AUTORES Hirtez Arellano Laura (2), Rojas Vasquez Fernanda (3), Durán Andrade Tomás(4)

AFILIACIÓN (1) Médico En Etapa De Destinación y Formación, Hospital de Pichidegua, Pichidegua. (2) Interna de 6to año Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago.
(3) Interna de 6to año Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago.
(4) Interno de 6to año Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago.

INTRODUCCIÓN El Fenómeno de Raynaud (FR) se caracteriza por episodios reversibles de vasoespasmo, habitualmente en dedos de manos y pies, desencadenados por un estímulo físico o emocional. El FR secundario se asocia a enfermedades autoinmunes como el Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Estos pacientes pueden presentar complicaciones como úlceras digitales, necrosis e isquemia, por lo cual su identificación es crucial para evitarlas. Se presenta el caso de una mujer con LES activo y FR severo, quien es atendida en un Hospital Regional de alta complejidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO Mujer de 23 años con antecedente de LES e hipotiroidismo consulta en urgencias por cuadro de 7 días de evolución de parestesias, mialgias y poliartralgias en manos y pies, asociado a cianosis distal periférica bilateral. Exámenes de laboratorio destacan hemoglobina 10.5, leucopenia 3000 y Proteína C reactiva 15, y una angiografía por tomografía computarizada de extremidades inferiores sin evidencia de enfermedad arterial oclusiva. Es evaluada por reumatología evidenciando FR sostenido y necrosis

distal en extremidades. Se indica manejo con pulsos de metilprednisolona, plasmaféresis y rituximab, posteriormente vasodilatación sistémica y tópica. Evoluciona estable con disminución de FR y dolor.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El LES es una condición con una expresión clínica variada e inespecífica que abarca desde afecciones cutáneas hasta enfermedades sistémicas graves como el FR. El diagnóstico del FR requiere una historia detallada, una observación cuidadosa y exámenes de imagen poco disponibles. Es por eso que a menudo pasa desapercibido y puede confundirse erróneamente como una respuesta típica al frío intenso llevando a complicaciones como úlceras digitales, isquemia, necrosis y amputaciones.

Conocer las manifestaciones clínicas del LES resulta fundamental para un diagnóstico y tratamiento precoz y así evitar complicaciones graves que aumentan la morbilidad de los pacientes.

PALABRAS CLAVE Enfermedad de Raynaud, Lupus Eritematoso Sistémico, Necrosis

TÍTULO DEL TRABAJO SÍNDROME DE PARKINSON ATÍPICO, PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA “LIKE”, REPORTE DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC).

CATEGORÍA g) Neurología

AUTOR León Raposo Sobarzo (1)

CO-AUTORES Matías Delgado Vera (2)
Maximiliano Cabrera Artal (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital Jorge Ibar Bruce, Puerto Cisnes
(2) Médico General de Zona, Hospital Intercultural Comunitario Futa Sruka
Lawenche Funko Mapu Mo de Misión San Juan, San Juan de la Costa

INTRODUCCIÓN Los síndromes parkinsonianos atípicos, se diferencian del Parkinson típico por su peor respuesta a levodopa, progresión rápida y hallazgos clínicos/radiológicos distintivos. Su correcto diagnóstico es clave para el pronóstico y manejo. El objetivo de este trabajo es presentar el caso de un paciente, el cual sus síntomas iniciales y un correcto examen físico, hicieron pronosticar su rápida evolución a causa de un síndrome de parálisis supranuclear progresiva (PSP) “like”.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 60 años, proveniente de Puerto Aysén. Consultó en Cesfam por 2 meses de alteración del equilibrio, se pesquisó bradicinesia y rigidez de predominio izquierdo, marcha lenta. Se derivó a neurología y comenzó levodopa sin respuesta favorable. En Resonancia magnética (RMN) se observó atrofia parietal derecha, se consideró el diagnóstico inicial de síndrome de degeneración corticobasal (DCB), asociando RMN, examen físico y no respuesta a levodopa. Controles posteriores mostraron aumento de la rigidez de predominio axial, disartria y el detalle en historia de caídas frecuentes (1 al mes), por lo que se replanteó el diagnóstico a síndrome PSP "like". En un tiempo de 6 meses evolucionó con progresión de síntomas hasta postración, anartria, respiración por traqueostomía e ingesta alimentaria por gastrostomía, requiriendo ingreso a programa de dependencia. La rápida evolución del cuadro hizo sospechar enfermedad de Creutzfeldt-Jakob genético (ECJ), pendiente estudio con biomarcadores.		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso de parkinsonismo atípico con rápida progresión a postración en 6 meses ilustra los desafíos en plantear diagnósticos diferenciales en estos pacientes. La evolución desde síntomas asimétricos a afectación axial y disartria, junto con la falta de respuesta a levodopa, enfatiza la necesidad de reevaluación continua, planteando diferentes posibilidades como DCB y PSP. Destaca las barreras en el acceso a biomarcadores en zonas remotas como Región de Aysén y la importancia de compartir estos casos para mejorar el reconocimiento temprano de variantes atípicas.		
PALABRAS CLAVE	Creutzfeldt-jakob, Parkinson atípico, PSP like syndrome,		
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE PANCOAST CON PRESENTACIÓN INICIAL COMO EPICONDILITIS RECURRENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO:		
CLASE	Caso Clínico (CC)		
CATEGORÍA	Cirugía		
AUTOR	Valenzuela Araya Fernanda (1)		
CO-AUTORES	Sánchez	Zenteno	Eduardo (2) Canales Gutierrez María (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Teno, Teno (2) Médico General de Zona, Hospital de Licantén, Licantén (3) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Violeta Parra, Chillán		

INTRODUCCIÓN	Las lesiones apicales de pulmón, conocidas como síndrome de Pancoast, representan el 3-5 % de los procesos neoplásicos torácicos. Su proximidad al plexo braquial y arcos costales provoca dolor en hombro y brazo, con frecuencia confundido con patologías musculoesqueléticas benignas. El objetivo de este reporte es enfatizar la importancia de sospechar tempranamente lesiones potencialmente malignas y menos frecuentes de lo habitual ante signos de alarma tempranos, como es la falla a la respuesta a tratamiento óptimo, especialmente en patologías musculoesqueléticas que se presentan con frecuencia en distintos niveles de atención.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 58 años, colecistectomizado, sin antecedentes mórbidos, no fumador ni antecedente de otras exposiciones de riesgo, quien presenta epicondilitis izquierda recurrente desde hace 7 años aproximadamente. El último año el dolor se torna constante, asociado a impotencia funcional y parestesias en región cubital, no cediendo a terapias habituales (analgesia, inmovilización, kinesioterapia e infiltración), por lo que se solicita Resonancia Magnética Nuclear Cervical que descarta patología medular y sugiere extensa masa apical izquierda de hasta 7,2 x 6,7 centímetros en plano coronal con componente en espacio cervical, complementando estudio con Tomografía por Emisión de Positrones que muestra lesión hipermetabólica necrótica en vértice pulmonar izquierdo con invasión de arcos costales superiores, compromiso de arteria subclavia y adenopatías mediastínicas supradiafragmáticas e infradiafragmáticas. Se realiza biopsia con resultado pendiente. El paciente es derivado a comité oncológico para completar estadificación y planificar manejo multimodal.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso demuestra cómo un dolor musculoesquelético crónico y refractario puede enmascarar una lesión tumoral avanzada, lo cual no es infrecuente en tumores apicales pulmonares que generan Síndrome de Pancoast. Es por lo anterior que frente a síntomas resistentes a tratamiento estándar, conviene ampliar estudios de manera temprana, ya que un diagnóstico precoz y un abordaje multidisciplinario mejoran pronóstico y calidad de vida.
PALABRAS CLAVE	Diagnóstico Diferencial - Epicondilitis - Síndrome de Pancoast
TÍTULO DEL TRABAJO	OSTEOMIELITIS VERTEBRAL DORSAL EN PACIENTE CON SOSPECHA DE GAMMAPATÍA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO INCIERTO. A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)

subyacentes, aportando al conocimiento sobre manifestaciones clínicas complejas en pacientes crónicos.

PALABRAS CLAVE	Comorbilidad, Insuficiencia Renal, Osteomielitis
TÍTULO DEL TRABAJO	ASCITIS FÚNGICA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Bastías Astudillo Consuelo (1)
CO-AUTORES	Sánchez Zenteno Eduardo (1), Faúndes Saravia Francisca (2), Donoso Letelier María Jesús (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Licantén, Licantén (2) Médico cirujano, Cesfam Las Américas, Talca
INTRODUCCIÓN	El aislamiento de hongos en el líquido ascítico (LA) en pacientes con daño hepático crónico (DHC) es un evento poco común y poco estudiado en la literatura actual. Con mayor frecuencia se observa el aislamiento de bacterias en LA, siendo la peritonitis bacteriana espontánea (PBE) una de las complicaciones más graves de los pacientes cirróticos. La ascitis fúngica (<250 /uL polimorfonucleares (PMN) en LA) o Peritonitis Fúngica Espontánea (PFE) (> 250 /uL) en contraste, no es tan común.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino, 73 años, con antecedente de alcoholismo crónico, consulta por cuadro de 3 días de evolución de compromiso del estado general, hiporexia y aumento de perímetro abdominal. Al examen físico desorientado, icterico, con ascitis a tensión. Se realiza paracentesis diagnóstica y terapéutica. Se solicita escáner de tórax, abdomen y pelvis, que evidencia foco de consolidación pulmonar basal derecha asociado a leve derrame pleural, signos de DHC e importante ascitis. Se decide iniciar tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona por neumonía y sospecha de PBE. Posteriormente se reciben resultados de estudios: Citoquímico de LA con Leu 315.0 /uL PMN 17.8%, descartando PBE. Cultivo de LA positivo para C. albicans. Hemocultivos periféricos I y II negativos a los 5 días. Se decide tratamiento por fungoascitis con fluconazol por 7 días. Paciente evoluciona favorablemente, por lo que se decide alta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La PFE es una forma poco frecuente de peritonitis espontánea en los pacientes cirróticos, y su incidencia no está bien descrita. El aislamiento de hongos en el LA por tanto, genera dudas acerca de su valor clínico y la necesidad o no de iniciar tratamiento específico. Sin embargo, en estudios publicados de series de pacientes con aislamiento de hongos en el LA se evidenció que pacientes con PFE tienen peor pronóstico, con mayor mortalidad a corto plazo que pacientes con PBE.

PALABRAS CLAVE Ascitis, Cirrosis, Peritonitis

TÍTULO DEL TRABAJO MUCORMICOSIS INVASORA MAXILAR, ETMOIDAL Y ORBITARIA IZQUIERDA: A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Soto Lepe Jaime (1)

CO-AUTORES Silva Ramírez Valentina (2), León Méndez Valeria (2), De La Fuente Llanquitor Javiera (2)

AFILIACIÓN (1) Médico cirujano, Hospital San Camilo, San Felipe, Chile. (2) Interna de medicina, Universidad de Valparaíso, Chile.

AUTORES Soto Lepe Jaime (1), Silva Ramírez Valentina (2), León Méndez Valeria (2), De La Fuente Llanquitor Javiera (2).
(1) Médico cirujano, Hospital San Camilo, San Felipe, Chile.
(2) Interna de medicina, Universidad de Valparaíso, Chile.

INTRODUCCIÓN El objetivo del presente reporte de caso es exponer sobre la mucormicosis, una infección causada por un hongo filamentoso, poco documentada, difícil de diagnosticar y asociada a una alta mortalidad. El diagnóstico se realiza mediante cultivo obtenido por lavado bronquioalveolar o por biopsia.

Usualmente la inmunosupresión es un factor de riesgo, como en pacientes diabéticos, donde el tipo de presentación más frecuente es la mucormicosis rino-orbital-cerebral (ROCM). La clínica de esta patología es diversa, siendo cefalea y congestión nasal las manifestaciones iniciales de ROCM.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 56 años, con antecedente de diabetes no insulino-requiriente. Desde hace un mes presenta paresia y dolor progresivo en hemicara izquierda. Acude a urgencias por déficit motor facial izquierdo y parestesia peribucal de inicio agudo, sin focalidad neurológica, descartando lesiones agudas vasculares. Un escáner de cavidades perinasales evidencia pansinusitis crónica, y sinusitis aguda maxilar izquierda con afectación orbitaria ipsilateral. Se hospitaliza para biopsia y cultivos, que evidencian extensas áreas de necrosis e inflamación fibrinoleucocitaria, además de elementos micóticos tipo mucor con cultivos que lo confirman. Se inicia tratamiento con antibioticoterapia y se realizan múltiples cirugías endoscópicas nasosinusales. Durante la hospitalización presenta amaurosis y parálisis facial periférica izquierda debido a trombosis carotídea e infarto del nervio óptico izquierdos, iniciándose anticoagulación. Tras 43 días de tratamiento con anfotericina liposomal haciendo traslape a posaconazol y evolución favorable se decide alta hospitalaria con seguimiento por especialidad.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La mucormicosis ROCM es una infección agresiva, difícil de diagnosticar y manejar. Este caso subraya la importancia de un diagnóstico temprano y de un tratamiento oportuno en pacientes inmunosuprimidos, para reducir complicaciones y mortalidad. Mejorar la vigilancia en pacientes diabéticos podría ser clave para optimizar los resultados.
PALABRAS CLAVE	Diabetes Mellitus, Infecciones fúngicas invasoras, Infecciones oportunistas, Mucormicosis
TÍTULO DEL TRABAJO	ABORDAJE DE DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES EN ANEMIA MEGALOBLÁSTICA: UN CASO DE DEFICIENCIA SEVERA DE VITAMINA B12
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Venturelli Mendéz Paulina Alejandra (1)

CO-AUTORES	Parada Escobar Jorge Pedro (1), Inchaurtieta Orrego Maite Fernanda (2), Pastor Villablanca María José (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Intercultural Kallvu Llanka, Cañete (2) Interno Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello Sede Concepción.
INTRODUCCIÓN	La deficiencia de vitamina B12, común en adultos mayores, afecta la maduración eritroide y síntesis de ADN, generando hematopoyesis ineficaz con anemia macrocítica, pancitopenia y hemólisis. Su presentación puede simular patologías graves, por lo que el diagnóstico precoz es fundamental. Se presenta un paciente de 81 años con anemia megaloblástica severa, inicialmente sospechada como anemia hemolítica autoinmune versus mielodisplasia.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente con antecedente de hipertensión arterial, consulta por astenia, fatigabilidad progresiva y baja de peso no cuantificada. Al examen físico presenta palidez cutáneo-mucosa e ictericia leve, sin visceromegalias ni signos de sangrado activo. trombocitopenia, elevación de lactato deshidrogenasa (LDH) y test de Coombs directo positivo. Ante la sospecha de anemia hemolítica, se hospitaliza e inicia corticoterapia a altas dosis. Con perfil férrico normal, se deriva a centro de mayor complejidad para ampliar estudio evidenciando déficit severo de B12, sin hallazgos de trastorno hematológico maligno ni infecciones activas. Se diagnostica anemia megaloblástica secundaria a déficit de B12. Se suspende la corticoterapia e inicia suplementación con cianocobalamina y ácido fólico, además de soporte transfusional según requerimientos. Evoluciona favorablemente, con mejoría clínica y parámetros hematológicos. Se descarta estudio medular o endoscópico y se indica alta con suplementación vitamínica y control ambulatorio con hemograma seriado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La anemia megaloblástica, causada por déficit de B12 o folato, puede simular patologías como mielodisplasia, dificultando su diagnóstico. Pancitopenia y un volumen corpuscular medio normal no descartan el diagnóstico, lo que puede llevar a errores. En este caso, junto con elevación de LDH, ictericia y test de Coombs positivo generaron sospecha de anemia hemolítica, encubriendo el diagnóstico final. El tratamiento con vitamina B12 permitió una recuperación hematológica y clínica significativa, destacando la importancia de considerar déficits nutricionales como causa de pancitopenia en adultos mayores, evitando diagnósticos erróneos y terapias innecesarias.

PALABRAS CLAVE	Deficiencia vitamina B12, Anemia, Médula ósea, Hematopoyesis; Cianocobalamina

TÍTULO DEL TRABAJO	ESQUIZOFRENIA: SOSPECHA Y MANEJO INICIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

CLASE	Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA	h) Otras Especialidades: (Psiquiatría)

AUTOR	Favre Rodríguez Lorena (1)

CO-AUTORES	Astudillo Vallebona Daniel (2), Yucra Morales Constanza (1)

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Víctor Bertín Soto, Arica. (2) Médico General, Centro de Salud Mental Comunitario Norte, Arica.

INTRODUCCIÓN	La esquizofrenia (EQZ) es un trastorno psiquiátrico complejo, crónico y a menudo grave caracterizado por alteraciones discapacitantes en la percepción, la cognición y el comportamiento. La edad de inicio suele ser entre los 18 y 25 años en hombres y entre los 25 y 35 años en mujeres, con un segundo peak que ocurre alrededor de la menopausia. Se presenta el siguiente caso con el objetivo de conocer las características esenciales para su sospecha y manejo precoz.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 19 años, estudiante universitario, sin antecedentes mórbidos, ni antecedentes familiares neuropsiquiátricos. Sin consumo de drogas. Acudió por presentar cuadro clínico de 8 meses de evolución caracterizado inicialmente por mal rendimiento académico y desmotivación en sus estudios. Posteriormente comenzó con ideas delirantes paranoides, relatando que lo habían secuestrado y que lo vigilaban, solicitando a su familia instalación de cámaras, también creía que el banco lo había estafado, asociado a soliloquios, risa inmotivada y pseudoalucinaciones auditivas,

su voz le mencionaba cosas que no podía compartir con los demás porque todos estaban en su contra. Al examen mental destacaba escaso contacto visual, aplanamiento afectivo y pensamiento desorganizado. Por sospecha de EQZ se inició risperidona y fue derivado a atención secundaria en donde se confirmó primer brote de EQZ. Autorizado mediante consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El diagnóstico de EQZ tiene un inicio insidioso de síntomas negativos (abulia, alogia, afecto plano), síntomas cognitivos (a menudo con bajo rendimiento académico) y aislamiento social, luego en la fase activa se manifiesta con síntomas positivos: psicosis (alucinaciones y delirios), pensamiento y comportamiento desorganizados. El tratamiento incluye farmacoterapia e intervenciones psicosociales, participación familiar, y la atención hospitalaria en crisis agudas o exacerbaciones. En este caso se inició un antipsicótico, los cuales son la primera línea de tratamiento y deben usarse rápidamente al inicio de síntomas positivos.
PALABRAS CLAVE	Antipsicóticos, Esquizofrenia, Psiquiatría
TÍTULO DEL TRABAJO	MIOPATÍA SECUNDARIA AL USO DE ESTATINAS, UN DIAGNÓSTICO PARA NO OLVIDAR EN ATENCIÓN PRIMARIA:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	a) Medicina familiar
AUTOR	Vásquez Gaete Javiera (1)
CO-AUTORES	
AFILIACIÓN	(1) Médico General de zona, Posta de salud rural Valle El Frío, Chaitén
INTRODUCCIÓN	Las estatinas son los fármacos de elección utilizados para la hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular, entre otras, siendo catalogados como seguros y bien tolerados. Sin embargo, su consumo a largo plazo está relacionado con la aparición de efectos adversos, dentro de los cuales se encuentran las miopatías, que engloban a un conjunto de efectos secundarios a nivel musculoesquelético.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 58 años, con antecedentes de angina inestable y dislipidemia, usuario de Atorvastatina 20 mg de forma crónica, consulta en su control cardiovascular por mialgias en extremidades inferiores de varios meses de evolución, sin otra sintomatología. Se solicita exámenes generales, destacando creatinquinasa (CK) total en 2.296 U/L, con niveles

de troponinas y función renal normales. Ante el diagnóstico de miositis, se decide suspensión de estatina y control con exámenes de laboratorio en una semana. Evoluciona con CK total 200 U/L y remisión de síntomas. Posterior a seguimiento continuo, paciente mantiene perfil lipídico en valores esperables para su riesgo cardiovascular, por lo cual; se perdura con suspensión de estatinas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES A pesar de ser fármacos seguros, se ha descrito que la miopatía asociada a monoterapia de estatinas se presenta en un 0.2-7% y dentro de estas, la miositis prevalece entre el 1 a 5%. En relación a esto, las mialgias suelen ser motivo de consulta frecuente en atención primaria, por lo cual, es importante considerar como diagnóstico diferencial en pacientes usuarios de estatinas para evitar efectos secundarios de mayor compromiso.

PALABRAS CLAVE Creatina quinasa, Estatinas, Miopatías, Miositis.

TÍTULO DEL TRABAJO INTERACCIÓN ENTRE TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA Y NEOPLASIAS BENIGNAS:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Cea Moore Amanda (1)

CO-AUTORES Vilches Olavarría Javiera (1), Corvalán Yáñez Macarena (2), Mellado Mellado Javiera (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Servicio Metropolitano Sur, Santiago, Chile. (2) Médico General de Zona, Servicio Valparaíso - San Antonio, Chile (3) Interna de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN La Trombocitopenia Inmune Primaria (TIP) es una patología hematológica autoinmune que se manifiesta con una disminución marcada del número de plaquetas en circulación. Una trombocitopenia aumenta el riesgo de hemorragias y complicaciones asociadas, como petequias y equimosis. Este tipo de patología se presenta con mayor incidencia en la población pediátrica, sin embargo la prevalencia global de TIP en adultos no es menor y se estima en 3.3 casos por cada 100000 adultos por año.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 31 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en servicio de urgencias por cuadro de petequias generalizadas de 4 días de evolución, sin síntomas sistémicos asociados. Refiere episodio previo de dolor lumbar manejado con diclofenaco intramuscular, que derivó en hematoma autolimitado. Además, episodios de epistaxis durante su infancia y desde hace 5 años gingivorragia. Al examen físico destacan petequias con distribución generalizada, mayor en brazos, sin otros hallazgos. En los exámenes destaca hemograma con trombocitopenia severa (plaquetas: 5,000/μL) y elevación de transaminasas hepáticas. Se solicita tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis, que informa esteatosis hepática difusa y leve esplenomegalia, con masa femoral izquierda poco caracterizable. En el contexto de trombocitopenia, se inició terapia con gammaglobulina y micofenolato, sin respuesta adecuada. La resonancia magnética de muslo izquierdo evidenció masa sugerente de sarcoma de partes blandas; la biopsia core confirmó Schwannoma convencional. Se establece diagnóstico de Trombocitopenia Inmune Primaria refractaria, instaurándose protocolo con Rituximab, con buena respuesta.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso resalta la importancia de un diagnóstico diferencial amplio en trombocitopenia y plantea interrogantes sobre la interacción entre neoplasias benignas y trastornos hematológicos. Las terapias de primera y segunda línea mostraron ser ineficaces, planteando un escenario clínico desafiante. La coexistencia de Schwannoma añade una capa de complejidad, cuestionando si la neoplasia pueda tener un rol en la etiología o curso de la TIP.
PALABRAS CLAVE	Petequias, Schwannoma, Trombocitopenia
TÍTULO DEL TRABAJO	ÍLEO BILIAR EN PACIENTE COLECISTECTOMIZADA CON PRÓTESIS BILIAR, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Vilches Olavarría Javiera (1)
CO-AUTORES	Avello Medrano Marian (1), Huang Cristian (1), Silva Catalán Dalila (2)
AFILIACIÓN	(1)Médico General de Zona, Servicio Metropolitano Sur, Santiago, Chile. (2)Interna de Medicina, Universidad San Sebastián.

INTRODUCCIÓN	Chile es uno de los países con mayor prevalencia de colelitiasis. Dentro de las complicaciones de esta patología se encuentra el íleo biliar. Más frecuente en adultas mayores, representa 1-4% de todos los casos de obstrucción intestinal mecánica y tasa de mortalidad cercana a 15%. Se produce una fístula colecisto-intestinal que da paso a grandes cálculos formados crónicamente en la vesícula o vía biliar, generando clínica de obstrucción intestinal. Si bien lo más frecuente es que estos cálculos sean secundarios, en algunos casos son primarios, en contexto de infección bacteriana y estasia biliar, y uno de los factores que puede contribuir es la presencia de cuerpos extraños.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 82 años, colecistectomizada con instalación de prótesis biliar hace 15 años. Consulta en servicio de urgencia por cuadro de 9 días de dolor abdominal, asociado a vómitos de retención, ausencia de deposiciones, ictericia y coluria. Tomografía computada de abdomen y pelvis evidencia prótesis biliar desplazada, asociada a neumobilia y signos de obstrucción intestinal. Laboratorio con parámetros inflamatorios elevados y patrón colestásico. Se hospitaliza para manejo quirúrgico, se realiza laparotomía exploradora, a 100 centímetros de ángulo de Treitz se evidencia cuerpo extraño (cálculo biliar) de 4x3 cm intrayeyunal con prótesis biliar impactada, se realiza enterotomía longitudinal, se extrae cálculo y posterior enterorrafia transversa. Cursa con buena evolución clínica y se decide alta.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso reporta un íleo biliar clásico, con la particularidad de presentar coledocolitiasis primaria, causa poco frecuente según la literatura, generada probablemente por infección crónica de vía biliar asociada a la prótesis biliar previamente instalada. Si bien la coledocolitiasis primaria es menos común que la secundaria, es importante tenerla en consideración como etiología en estos casos con antecedente de colecistectomía, ya que presenta un desafío terapéutico mayor por su tendencia a la recurrencia y la dificultad de su manejo.
PALABRAS CLAVE	Cálculos biliares, Colecistectomía, Obstrucción intestinal

TÍTULO DEL TRABAJO	TERATOMA QUÍSTICO MADURO BILATERAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PROCESO INFLAMATORIO PELVIANO: REPORTE DE CASO.					
CLASE	Caso Clínico (CC)					
CATEGORÍA	e) Ginecología y Obstetricia					
AUTOR	Rafael Andrés López Dubó (1)					
CO-AUTORES	Janitza Hernán	Andrea Francisco	Norín San	Maldonado Martín	Toledo	(1) (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF	CESFAM de Llay Llay	(2) Médico EDF	Hospital de Licantén	(3) Matrona de Urgencias, Hospital San Francisco de Llay Llay	
INTRODUCCIÓN	Los teratomas quísticos maduros (TQM) se presentan mayormente en mujeres de edad reproductiva. Se expresan como dolor pélvico crónico o masa pelviana. El dolor agudo subyace habitualmente como una complicación del cuadro. El proceso inflamatorio pelviano (PIP) es una patología que afecta el aparato reproductor femenino de edad reproductiva y se manifiesta como dolor pélvico agudo o crónico, además de dispareunia, descarga vaginal, disuria y/o dolor a la movilización cervical.					
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 32 años, multípara de 3 por cesáreas previas, sin antecedentes gestacionales de importancia, consultó el día 30/07/2022 por hipogastralgia de 4 horas de evolución, EVA 8/10, sin náuseas ni vómitos, tipo cólico, sin sangrado genital y dolor a la movilización cervical. Se trasladó a hospital de referencia con diagnóstico de PIP. Última regla 23/06/2022. En ecografía en box transvaginal observó lesión solidoquística que pudiera corresponder a anexo, imposible medirla por resistencia					

muscular. Se hospitalizó para estudio. Se realizó escáner de abdomen y pelvis que informó masa anexial izquierda heterogénea que midió 7.5x5.5cms que contiene calcificación en su interior. Región anexial derecha también se visualiza un área nodular de 3cms. Líquido libre de características hemáticas. Paciente se dio de alta para cirugía electiva. Se realizó quistectomía laparoscópica bilateral en extrasistema sin incidentes.

El resultado de anatomía patológica indicó: Quiste ovárico izquierdo con hallazgos histopatológicos compatible con teratoma quístico maduro, igual lado derecho.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso es raro porque el 13.2% de los TQM son bilaterales y alrededor del 20-60% de los TQM son de diagnóstico incidental, la presentación más típica es la de masa pélvica, no como abdomen agudo ni PIP. La conversión maligna ocurre habitualmente alrededor de 1-2% de los casos como carcinoma escamoso, razón por la que se deben estudiar por anatomía patológica. La mayoría de los casos son sospechados/diagnosticados por ecografía.

PALABRAS CLAVE Teratoma quístico maduro, Proceso Inflamatorio Pelviano, Dolor pélvico agudo

TÍTULO DEL TRABAJO CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CONTROLADOS EN PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR EN CENTRO DE SALUD FAMILIAR CHIGUAYANTE EN EL AÑO 2024:

CLASE Trabajo de Investigación (TI)

CATEGORÍA a) Medicina Familiar

AUTOR Ledermann Piderit María Fernanda (1)

CO-AUTORES Vera Araneda Edgardo (1), Figueroa Fuentes Sergio Ignacio (2), Gatica Sagredo Ignacio Benjamín (3)

AFILIACIÓN (1) Médico/a General de Zona, Centro de Salud Familiar Chiguayante, Concepción (2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Pinares, Concepción (3) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción

INTRODUCCIÓN Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad en Chile, alcanzando un 23 % de las muertes totales y hasta

un 27,9 % en personas mayores de 75 años. Identificar y manejar los factores de riesgo, resulta crucial para disminuir las complicaciones y fallecimientos asociados a este grupo de enfermedades.

El objetivo de este trabajo es caracterizar la población del programa de salud cardiovascular (PSCV) en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Chiguayante del año 2024 con el fin de identificar patologías prevalentes y grupos en quienes realizar intervenciones comunitarias.

MATERIALES Y MÉTODOS Y Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo analizando datos del registro del PSCV en CESFAM Chiguayante el año 2024. No se obtuvo consentimiento informado, ya que no hay intervención directa sobre los pacientes. Se revisaron variables sexo, patología, compensación y complicación. Análisis de datos mediante estadística básica.

RESULTADOS De un universo de 4.070 pacientes, el 38 % corresponde a hombres y el 62 % a mujeres. Las patologías más frecuentes fueron Hipertensión Arterial (HTA), Dislipidemia, Enfermedad Renal Crónica y Diabetes Mellitus tipo II (DM), con prevalencias del 88 %, 69 %, 60 % y 47 %, respectivamente. En cuanto a HTA y DM se encuentran compensadas un 62% y 50% respectivamente. En cuanto a las complicaciones, un 5 % de los pacientes había sufrido un Infarto Agudo al Miocardio, y 5 % un Accidente Cerebrovascular, siendo la mayoría hombres (66 % y 55 %, respectivamente).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN Y La patología cardiovascular es responsable importante de mortalidad a nivel global, dentro de sus factores, la HTA y DM estuvieron presentes en gran parte de nuestros pacientes y al igual que el porcentaje de control, fue concordante con la literatura nacional. Se identificó que los hombres presentan más complicaciones, pese a la población predominantemente femenina. Un factor implicado en esta discrepancia puede ser la adherencia a controles. Esto se debe considerar para intervenciones focalizadas e investigaciones posteriores.

PALABRAS CLAVE Atención primaria, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial

TÍTULO DEL TRABAJO	IMPLEMENTACIÓN DE ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE CAMBIO COMO MÉTODO DE GESTIÓN EN ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADOS EN LA PERSONA:
CLASE	Trabajo de Investigación
CATEGORÍA	Medicina Familiar
AUTOR	Poblete Silva Juan Carlos (1,2)
CO-AUTORES	Prado Kittel Trinidad (3), Fuentes Flores Juan Domingo (4), Marín Cáceres Francisca del Pilar (5).
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Reina Isabel II, Valparaíso. (2) Encargado de la Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en las Personas (ECICEP), CESFAM Reina Isabel II, Valparaíso. (3) Médica General de Zona, CESFAM Plaza Justicia, Valparaíso. (4) Médico General de Zona, CESFAM San José de Chuchunco, Santiago. (5) Médica General de Zona, CESFAM Ercilla, Ercilla.
INTRODUCCIÓN	La Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en la Persona (ECICEP) propone un cambio de paradigma en el sistema de salud, avanzando hacia un modelo integral, centrado en la persona y con cuidados continuos. Este progresivo y complejo cambio requiere una gestión con sentido tanto para profesionales como para las instituciones. El Modelo de Cambio de Lippitt & Knoster describe este proceso en seis pasos, cuya omisión puede llevar a implementaciones viciosas o fallidas. Objetivo: Identificar la percepción de cambio y necesidades de los estamentos implementadores de la ECICEP en el CESFAM Reina Isabel II.
MATERIALES Y MÉTODOS	Se diseñó una encuesta basada en principios del modelo de cambio, con ocho preguntas de selección múltiple. Se aplicó en diciembre de 2024 mediante convocatoria abierta, voluntaria y anónima. El análisis de los datos fue de tipo epidemiológico descriptivo.

RESULTADOS	Se recibieron 40 respuestas de un universo de 97 profesionales, representando un 41% de participación. Un 50% de ellos realiza prestaciones ECICEP; 87,5% entiende la estrategia y conoce sus principios y 72,5% conoce sus prestaciones. Entre quienes realizan atenciones, un 90% se siente moderada a altamente preparado. Entre quienes no las realizan, un 35% se siente poco preparado, 45% moderadamente y 20% altamente capacitados. Los principales motivantes para quienes ejecutan la estrategia son: capacitaciones continuas, repaso de funciones y conocimiento de redes de acción. Quienes no la ejecutan priorizan: capacitaciones, conocer el impacto de las prestaciones y conocer experiencias de pares.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Los estamentos identifican una necesidad de cambio, con herramientas personales presentes pero aún desarrollables, especialmente entre quienes no implementan la ECICEP. Se observa un subgrupo preparado entre los que no ejecutan prestaciones, lo que sugiere disposición para avanzar hacia la expansión de la estrategia. Los motivantes de ambos grupos son diferentes y orientan las directrices del trabajo futuro, promoviendo acciones estimulantes y significativas.
PALABRAS CLAVE	Atención Primaria de Salud, Gestión del Cambio, Multimorbilidad.
TÍTULO DEL TRABAJO	FACTORES QUE DIFICULTAN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES EN LACTANTES DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR PUNITAQUI:
CLASE	Trabajo de Investigación (TI)
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía Infantil
AUTOR	Cataldo Pérez Patricio (1)
CO-AUTORES	Guillaume Chacón Amanda (1), Pizarro Galleguillos Jorge (1), Cerda Campos Yanareth (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Raúl González Bugueño, Punitaqui (2) Matrona, Centro de Salud Familiar Raúl González Bugueño, Punitaqui

INTRODUCCIÓN	La Lactancia Materna Exclusiva (LME) brinda múltiples beneficios a la madre y lactante, influyendo en el sistema inmunitario, neurodesarrollo y prevención de enfermedades cardiovasculares. En Chile un estudio realizado en el periodo 2008-2013 estableció la prevalencia promedio de LME de 44,2%, el objetivo de este estudio es establecer la prevalencia de LME y factores que dificultan su mantención.
MATERIALES Y MÉTODOS	Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, utilizando la base de datos de la población infantil bajo control en el Centro de salud familiar Punitaqui el 2024. Obteniendo una muestra de 92 lactantes, evaluando el tipo de lactancia en los controles de 1, 3 y 6 meses, analizando los datos en Microsoft Excel. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.
RESULTADOS	Se analizó el porcentaje de LME versus cualquier otro tipo de lactancia (lactancia materna parcial, fórmula láctea exclusiva), observando que del total de lactantes solo 66,3% mantenía LME al primer mes de vida, a los 3 meses un 54,3% y a los 6 meses 43,5%. Al analizar factores de riesgo de pérdida de LME se encontró: prematurez, bajo peso al nacer, menor escolaridad materna y madre trabajadora. Destacando que de las madres que trabajan solo un 28% mantuvieron LME a los 6 meses.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	La meta de LME global según la Organización Mundial de la Salud es una cobertura de 60% y para 2030 llegar a 80%. En nuestra población la cobertura más alta se alcanza al primer mes de vida con 66,3%, Después descendiendo hasta llegar valores promedio similares a la población chilena. Destaca la baja significativa bajo la meta en poblaciones sociodemográficas como madre trabajadora, madre con menor escolaridad, por lo que es importante focalizar iniciativas en estos grupos, como por ejemplo el rol del comité de lactancia, talleres, incluyendo educación sobre los derechos del postnatal y lactancia.
PALABRAS CLAVE	Lactancia materna exclusiva, Lactancia materna parcial, Lactante.



TÍTULO DEL TRABAJO	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE USO DE PAPANICOLAU EN USUARIAS DE PUNITAQUI Y ADECUACIÓN EN RELACIÓN A GUÍAS CLÍNICAS VIGENTES:		
CLASE	Trabajo de Investigación (TI)		
CATEGORÍA	e) Ginecología y Obstetricia		
AUTOR	Lagos Cárcamo Matías (1)		
CO-AUTORES	Cataldo Guillaume Cerde Campos Yanareth (2)	Pérez Chacón	Patricio Amanda (1) (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cesfam Raúl González Bugueño, Punitaqui (2) Matrona, Cesfam Raúl González Bugueño, Punitaqui		
INTRODUCCIÓN	El presente análisis evalúa cobertura y adecuación del tamizaje con Papanicolau (PAP) en usuarias del Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Punitaqui entre 2021 y 2024, contrastando los resultados con las recomendaciones del Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, Garantías Explícitas en Salud (GES) y guías internacionales. Objetivo: describir realización de PAP en dicho periodo, considerando distribución etaria, uso de método anticonceptivo (MAC) y adherencia al protocolo vigente.		
MATERIALES Y MÉTODOS	Estudio descriptivo corte transversal, en usuarias del CESFAM Punitaqui, con PAP realizado entre 2021 y 2024, datos obtenidos de base de datos local y fueron analizados con Microsoft Excel. Los autores no tienen conflicto de interés.		
RESULTADOS	Entre 2021 y 2024 se realizaron 2.582 exámenes PAP en el CESFAM de Punitaqui, de los cuales 2.369 (91,8%) correspondieron al grupo etario GES (25 a 64 años). La mayor proporción se concentró entre 35 y 54 años (53,9%), con media de 44,3 años. Un 90% de las usuarias GES se		

encontraba en control de MAC. Se evidenció menor cobertura en el grupo de 55 a 64 años (22,2%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN Los hallazgos evidencian una adecuada adherencia a lineamientos del programa GES y las recomendaciones internacionales respecto al tamizaje con citología cervical, con gran porcentaje de exámenes realizados en mujeres entre 25 y 64 años, y una efectiva utilización de los controles de MAC como instancia de pesquisa. Se observa una subrepresentación del grupo etario de 55 a 64 años, que constituye una población con riesgo elevado de progresión neoplásica, lo cual plantea la necesidad de estrategias complementarias de captación. La baja proporción de PAP en mujeres fuera del rango objetivo sugiere una correcta asignación de recursos. Se concluye que el enfoque actual es pertinente, aunque requiere fortalecimiento en la cobertura de los subgrupos de mayor riesgo.

PALABRAS CLAVE Neoplasias del Cuello Uterino, Programas de Detección Diagnóstica, Prueba de Papanicolaou, Tamizaje Masivo.

TÍTULO DEL TRABAJO ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR INFECCIÓN INTRAAMNIÓTICA, DURANTE EL PERÍODO 2020-2023, EN CHILE:

CLASE Trabajo de Investigación (TI)

CATEGORÍA e) Ginecología y Obstetricia

AUTOR Solís Durán Carolina (1)

CO-AUTORES Forner Muñoz Fernanda (2), Price Miralles Sofia (3), Lillo Cuevas Rodrigo (4)

AFILIACIÓN (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 Finis Terrae, Santiago, Chile
(4) Estudiante de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción

INTRODUCCIÓN La infección intraamniótica (IIA) es una complicación obstétrica significativa que implica inflamación de membranas y líquido amniótico por una infección bacteriana ascendente. La hospitalización por IIA representa un desafío significativo en obstetricia debido a sus

implicaciones para la salud materno-fetal, este estudio busca describir la tasa de egreso hospitalario (TEH) por IIA entre 2020-2023, Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS	Y	Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal ecológico con datos estadísticos del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) e Instituto Nacional de Estadística (INE), evaluando la TEH por IIA durante 2020-2023, Chile (N=3968). Se consideró variable edad (10-64 años), promedio de hospitalización y su relación con grupo etario. El análisis descriptivo se realizó con medidas de tendencia central y gráficos en Excel. No requirió aprobación por comité de ética.
RESULTADOS		La mayor TEH fue durante el 2022 resultando 16,59/100.000 habitantes. El grupo etario con mayor TEH del periodo fue entre 20-44 años con 28,26/100.000 egresos. En 2023, el promedio de días hospitalización fue el más alto con 4,08 días.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Y	El aumento de la TEH tras 2021 se puede asociar a los subdiagnósticos por la reestructuración y posterior normalización del sistema sanitario tras la pandemia. La mayor TEH fue en mujeres de 20 a 44 años coherente con patrones de fertilidad nacionales y mayor riesgo de complicaciones (ruptura prematura membrana, trabajo parto prolongado). El aumento del promedio de días de hospitalización puede relacionarse a la modificación de protocolos dentro de instituciones por covid-19. La generalización futura es limitada si no se actualiza el censo base (2017). No es posible extrapolar esta información a poblaciones de otros países con diferentes contextos epidemiológicos. Estos hallazgos destacan la importancia de seguir reforzando estrategias de prevención, diagnóstico temprano y manejo oportuno de IIA, con el fin de disminuir factores de riesgo asociados a esta patología.
PALABRAS CLAVE		Grupos de Edad, Hospitalización, Amnios
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	TASA DE POSITIVIDAD ONCOGENES EN TEST DE VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH), CUATRIENIO 2020-2024, PUNITAQUI:
CLASE		Trabajo de Investigación (TI)
CATEGORÍA		e) Ginecología y Obstetricia
AUTOR		Guillaume Chacón, Amanda (1)
CO-AUTORES		Cataldo Pérez Patricio (1), Pizarro Galleguillos Jorge (1), Cerda Campos Yanareth (2)

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Raúl González Bugueño, Punitaqui. (2) Matrona, Centro de Salud Familiar Raúl González Bugueño, Punitaqui.
INTRODUCCIÓN	El cáncer cervicouterino es de las principales causas de muerte por cáncer en Chile, en su génesis influyen genotipos oncogénicos, destacando VPH-16 y VPH-18. La prevención en Chile incluye el tamizaje con Papanicolau (PAP) y Test VPH, este último alcanza una positividad de hasta 10% de la población. Objetivo: Analizar los test VPH obteniendo la frecuencia de los genotipos y compararlos con su contraparte PAP en Punitaqui.
MATERIALES Y MÉTODOS	Se realiza un estudio descriptivo de corte transversal, del cuatrienio 2020-2024 del bajo control del programa de salud de la mujer Punitaqui. Los datos se analizaron en Microsoft Excel. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.
RESULTADOS	Se realizaron 2582 PAP en el cuatrienio 2020-2024, se seleccionaron aquellos con co-test PAP y test VPH, obteniéndose 640 casos. La tasa de positividad de test VPH fue de 10,7%, con un 2,3% del VPH-16, 0,5% del VPH-18 y 7,9% de otros genotipos. Al contrastar con los resultados de PAP un 76% de los casos positivos para VPH contaba con citología normal y solo 11% presentó citología alterada.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	El test VPH reporta positividad para genotipos de alto riesgo, siendo VPH-16 y VPH-18 los que se asocian a mayor riesgo de lesiones de alto grado y cáncer cervicouterino. En nuestra población la positividad es similar a lo reportado en la literatura (10%); con un 2,8% de los casos positivos para genotipos de mayor interés. Destaca que 76% de los test VPH positivo tuvieron PAP con citología normal, incluyendo casos de VPH-16 y VPH-18. Dada la mayor sensibilidad del test VPH, en casos con co-test negativos (89,3%) permite espaciar el seguimiento versus solo PAP, reforzando el rol del co-test como medida de salud pública. La validez externa de este estudio puede verse limitada debido a que la sensibilidad del PAP depende de la calidad de la muestra.
PALABRAS CLAVE	Citología, Papanicolau, VPH.

TÍTULO DEL TRABAJO	ROSACEA FÚLMINANS: DIAGNÓSTICO PRECOZ, MENOR SECUELAS. REPORTE DE UN CASO:
CLASE	h) Especialidades (Dermatología)
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Vergara Becerra Natalia (1)
CO-AUTORES	Martínez Figueroa Francisco (1), Labarca Fernández Margarita (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Gorbea, Gorbea.
INTRODUCCIÓN	La rosácea fúlminans (RF) es una dermatosis inflamatoria severa rara, y debido a su poca frecuencia aún no está bien definida su fisiopatología. El tratamiento con isotretinoína y corticoesteroides ha demostrado ser exitoso y mejora la calidad de vida de las personas que la padecen. Se presenta caso poco frecuente para mejorar la identificación y tratamiento de la RF, buscando disminuir las secuelas estéticas de ésta.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 32 años con antecedentes de dermatitis atópica y rosácea, inicia doxiciclina oral e ivermectina tópica indicada por dermatólogo. Posteriormente cuadro clínico empeora con eritema y dolor urente en cara tras el tercer día de inicio del tratamiento. Al examen físico presenta de forma generalizada máculas, pápulas, pústulas y nódulos inferior a la comisura labial izquierda, sin comedones, sin lesiones en zonas fotoexpuestas ni en mucosa oral ni ocular. Se realiza teleinterconsulta a dermatología, quienes indican iniciar tratamiento antibiótico, indicar corticoides orales y mantener doxiciclina hasta nueva evaluación por especialidad, donde dermatología inicia isotretinoína, evolucionando con importante disminución en sintomatología descrita. La paciente firma consentimiento informado para presentación de su caso clínico.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La RF es una patología escasamente reportada, encontrándose solo 150 casos descritos en la literatura, la mayoría son mujeres no inmunosuprimidas. Existen tratamientos tópicos desencadenantes como metronidazol o corticoides, como también tratamientos orales con azatioprina y otros inmunosupresores. El diagnóstico diferencial es el acné fúlminans y conglobata, donde es más probable encontrar comedones y compromiso extrafacial. El tratamiento de la RF no está estandarizado, pero se recomienda usar prednisona oral a dosis altas por las primeras 2 semanas y luego en disminución, para introducir isotretinoína oral. El uso de antibióticos debe solo en casos muy severos.

El diagnóstico oportuno de la RF permite un actuar precoz con el objetivo de disminuir las secuelas estéticas en los pacientes que la padecen.

PALABRAS CLAVE	Enfermedades de la piel, Rosácea, Dermatología
TÍTULO DEL TRABAJO	HIPERPLASIA EPITELIAL MULTIFOCAL EN CONTEXTO RURAL INDÍGENA: RELEVANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO CLÍNICO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	i) Odontología
AUTOR	Orellana Sanhueza Andrea (1)
CO-AUTORES	Massiel Pérez Macarena (1), Muñoz Ruiz Karla (2)
AFILIACIÓN	(1) Odontóloga EDF, CESFAM Dr.Juan Vismara Marquez, Pica. (2) Odontóloga EDF, CGR Dr.Amador Neghme R., Huara.
INTRODUCCIÓN	La hiperplasia epitelial multifocal (HEM) es una patología oral benigna, infrecuente, vinculada a la infección por virus papiloma humano (VPH), tipos 13 y 32, no oncogénicos. Se presenta predominantemente en población indígena y su etiología aún no se comprende completamente. Las lesiones suelen ser papulonodulares, blanquecinas o mucosas, localizadas en la cavidad oral, asintomáticas y autolimitadas, aunque en algunos casos persisten por años. El diagnóstico es clínico y su tratamiento depende del impacto estético o funcional.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 28 años, de origen aymara, fumador y migrante, acudió a control odontológico en el Centro de salud familiar de Pica. Al examen clínico intraoral se evidenciaron múltiples lesiones nodulares de aspecto blanquecino en cara interna de mejillas, labios y lengua, presentes desde hace aproximadamente seis años. No reportó sintomatología asociada. Indicó antecedentes familiares similares en su hijo de siete años. Se realizó interconsulta digital mediante el Hospital Digital (HD) con la especialidad de patología oral (PO), donde se confirmó la sospecha diagnóstica de HEM. Se indicó seguimiento clínico sin intervención, debido a la naturaleza benigna del cuadro. El paciente no manifestó interés en tratamiento por razones estéticas. Se obtuvo consentimiento informado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	HEM se asocia frecuentemente a población indígena, presentando una evolución benigna con resolución espontánea en la mayoría de los casos. Este caso destaca por la persistencia de las lesiones en un adulto, con

historia familiar positiva. Aunque el tratamiento no es obligatorio, existen alternativas tópicas o quirúrgicas para casos especialmente en pacientes con factores de riesgo como el tabaquismo, para descartar posibles transformaciones malignas. El caso aporta a la literatura por su contexto epidemiológico y relevancia en salud pública rural.

PALABRAS CLAVE Hiperplasia epitelial multifocal, Patología oral, Población indígena, Virus Papiloma humano

TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPLEMENTO NORMAL: A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Courtin Briones José (1)

CO-AUTORES Figueroa Sepúlveda María (2), Gallegos Vargas Camilo (2), Muñoz Díaz Javiera (3)

AFILIACIÓN 1) Médico cirujano, Unidad de Cuidados Medios servicio de Medicina, Hospital Dra. Eloisa Díaz La Florida, Santiago
2) Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago
3) Interno de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago

INTRODUCCIÓN El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune de curso clínico heterogéneo, caracterizada por el compromiso multisistémico e intervalos de actividad inflamatoria variable. La actividad lúpica suele evaluarse a través de manifestaciones clínicas e inmunológicas, entre las cuales la hipocomplementemia ha sido tradicionalmente considerada un marcador de reactivación. Sin embargo, su ausencia no descarta enfermedad activa. Se presenta un caso de LES con compromiso multiorgánico y niveles normales de complemento, cuya evolución clínica planteó un desafío diagnóstico y terapéutico.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 25 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, hospitalizado por cuadro de seis meses de evolución con astenia, baja de peso, artralgias, hiporexia, adenopatías generalizadas, bicitopenia, derrame pleural y pericárdico. Los estudios imagenológicos revelaron múltiples adenopatías mediastínicas, retroperitoneales e inguinales, con sospecha inicial de síndrome linfoproliferativo. Se realizó biopsia

ganglionar mediastínica y pericárdica, que evidenció hiperplasia folicular linfoide reactiva y pericarditis linfoplasmocitaria reagudizada. Perfil inmunológico positivo para anticuerpos antinucleares (ANA), anti-DNA y anti-Sm, con niveles normales de componente 3 (C3) y componente 4 (C4) del complemento. Se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona y posteriormente prednisona oral, con evolución favorable. Se obtuvo consentimiento informado para la difusión del caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso ejemplifica una forma de presentación poco frecuente de LES, simulando un proceso linfoproliferativo y con niveles séricos de complemento dentro de límites normales. La presencia de poliserositis, bicitopenia y adenopatías extensas en un contexto inflamatorio sistémico obliga a considerar LES dentro del diagnóstico diferencial, incluso en ausencia de hipocomplementemia. Estudios recientes han descrito asociaciones entre LES y deficiencias parciales de componentes de la vía clásica del complemento, lo que podría explicar cuadros clínicos atípicos. Su reconocimiento oportuno es clave para evitar retrasos en el tratamiento inmunosupresor.

PALABRAS CLAVE Lupus eritematoso sistémico, Linfadenopatía, Proteínas del sistema complemento

TÍTULO DEL TRABAJO DEBUT DERMATOLÓGICO DE INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ETAPA C:

CLASE b) Medicina Interna

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Alarcón Madriaza Javiera (1)

CO-AUTORES Vergara López Valeria (2), Alvarez Salazar Claudia (3), Gonzalez Poblete, Pilar (4)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Agustín Cruz Melo, Santiago. (2) Médico General de Zona, CESFAM Manuel Bustos Huerta, Santiago (3) Médico General, CESFAM Dr. Agustín Cruz Melo, Santiago. (4) Interna 7° Medicina, Universidad de Chile, Santiago.

INTRODUCCIÓN A nivel mundial, cerca de 39 millones de personas viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y en Chile se ha observado un aumento del 35% en los nuevos casos durante la última década. Entre las neoplasias asociadas al VIH, los linfomas son los más frecuentes y una causa importante de mortalidad, especialmente el linfoma difuso de

células B grandes, que es el subtipo más común. En la práctica clínica, los tumores blandos suelen ser motivo frecuente de derivación desde atención primaria, aunque es fundamental considerar diagnósticos diferenciales menos frecuentes ante presentaciones atípicas.

PRESENTACIÓN DEL CASO Se presenta el caso de un hombre de 60 años, sin antecedentes mórbidos, que consultó por lesiones nodulares subcutáneas de seis meses de evolución, distribuidas en tórax, espalda, extremidades superiores y cuero cabelludo. Derivado inicialmente a Tele-dermatología por sospecha de linfoma cutáneo, a su respuesta, se realizó derivación coordinada a Unidad de Atención y Control en Salud Sexual, en donde se confirmó mediante biopsia un linfoma no Hodgkin B difuso de células grandes subtipo activado. Los exámenes complementarios revelaron infección por VIH con CD4 de 264 células/mL y carga viral elevada, además de serología positiva para sífilis. Se diagnosticó linfoma cutáneo asociado a VIH (etapa C2), iniciándose tratamiento con penicilina benzatina, terapia antirretroviral y profilaxis por inmunosupresión, siendo derivado al Instituto Nacional del Cáncer para manejo oncológico. Actualmente continúa en seguimiento por equipo multidisciplinario en atención primaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso subraya la importancia de considerar el VIH dentro del diagnóstico diferencial en lesiones cutáneas extensas, especialmente en pacientes con factores de riesgo, y resalta el valor de una coordinación eficaz entre los distintos niveles de atención para un abordaje oportuno y adecuado.

PALABRAS CLAVE VIH, Linfoma de Células B Grandes Difuso, Neoplasias cutáneas.

TÍTULO DEL TRABAJO ESCLERODERMIA SISTÉMICA Y LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO EN URGENCIAS:

CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Wood Marshall Thomas (1)
CO-AUTORES	Contreras Orihuela Jesús (2) Rizzardini Argüello Francisca (2) Rojas Urzúa Pía (2).
AFILIACIÓN	(1) Medico Becado Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile, Santiago (2) Interno de Medicina, Universidad Mayor Santiago, Santiago.
INTRODUCCIÓN	La esclerodermia sistémica es una enfermedad autoinmune, crónica y heterogénea, con predominio en mujeres (3:1 a 14:1) y debut frecuente en la edad adulta media. Se caracteriza por fibrosis cutánea y visceral, vasculopatía de pequeños vasos y presencia de autoanticuerpos. Sin embargo, puede diagnosticarse clínicamente según los criterios de la “American college of rheumatology/European league against rheumatism collaborative initiative” de 2013 (ACR/EULAR 2013)
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 86 años, con antecedentes de hipertensión arterial, síndrome de Sjögren y fenómeno de Raynaud, sin control reciente por reumatología. Consultó por aparición de lesiones en pulpejos de ambas manos de dos meses de evolución. Refirió cuadro similar un año antes, con buena respuesta a Hidrocortisona tópica. Al examen físico impresionó la presencia de úlceras digitales en los pulpejos del dedo medio, anular y meñique de mano izquierda. Impresionaba una evidente “engrosamiento cutáneo” en ambas manos, asociado a leve aumento de volumen de dedos de forma bilateral y prurito. A la evaluación facial se observó la presencia de telangiectasias nasales y escasas en pómulos. Negó disnea, alteraciones de la deglución, síntomas gastrointestinales o contacto con irritantes. Se estableció diagnóstico clínico de esclerodermia sistémica, indicando Amlodipino 5 mg cada 24 h y derivación a reumatología.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Según los criterios ACR/EULAR 2013, el engrosamiento cutáneo de ambas manos, extendido proximal a las metacarpofalángicas, otorga 9 puntos, suficientes para el diagnóstico. En este caso, se suman fenómeno de Raynaud (3), úlceras digitales (2) y telangiectasias (2), totalizando 16 puntos. Este caso destaca la relevancia de la anamnesis dirigida y el examen físico en contextos sin apoyo inmunológico, donde los autoanticuerpos no son

imprescindibles para el diagnóstico. Además, en esta enfermedad, es fundamental la búsqueda de síntomas que indiquen compromiso pulmonar, cardíaco o renal, y derivar oportunamente para manejo especializado.

PALABRAS CLAVE Diagnóstico, Esclerodermia Sistémica, Reumatología.

TÍTULO DEL TRABAJO “SÍNDROME DE OGILVIE EN PACIENTE PUÉRPERA DE CESÁREA, REPORTE DE CASO:”

CLASE Caso Clínico

CATEGORÍA Cirugía

AUTOR Torres Lara Verónica (1)

CO-AUTORES Cubillos Bravo Amparo (1), Nicola Astorga María (1), Sobarzo Villarroel Paolo (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital Dr. Mario Sánchez Vergara, Calera.

INTRODUCCIÓN El síndrome de Ogilvie, o pseudoobstrucción colónica aguda, es una condición infrecuente caracterizada por una marcada dilatación del colon en ausencia de obstrucción mecánica. Su aparición en el contexto obstétrico, especialmente durante el puerperio postcesárea, representa un reto diagnóstico relevante debido a la superposición clínica con otras causas comunes de dolor abdominal.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina de 34 años, sin antecedentes patológicos relevantes, cursando quinto día de puerperio tras cesárea programada por macrosomía fetal más salpingoligadura. Consultó por distensión abdominal progresiva, dolor abdominal difuso y ausencia de deposiciones desde el parto. Al examen físico se encontró con herida operatoria sana, sin alteraciones, abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda de forma difusa, timpánico, con ruidos hidroaéreos disminuidos y sin signos de irritación peritoneal. Exámenes de laboratorio sin alteraciones significativas, dado persistencia de síntomas se realiza radiografía de abdomen de pie que reveló el signo de “grano de café”, por lo que se traslada a hospital de mayor complejidad para tomografía de abdomen y pelvis con contraste que evidenció dilatación en rango patológico del marco colónico, sin identificar factor obstructivo mecánico y sin signos de isquemia. Se estableció el diagnóstico de

síndrome de Ogilvie, se hospitaliza a cargo de equipo de cirugía para manejo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso resalta la dificultad diagnóstica del síndrome de Ogilvie en el puerperio, dada su similitud con el íleo posoperatorio y otros diagnósticos diferenciales. La sospecha clínica, considerando factores de riesgo como el puerperio inmediato, ayuno prolongado, cesárea y uso de opioides, apoyada por estudios de imagen adecuados, permitió un diagnóstico preciso y tratamiento a tiempo. Se enfatiza la importancia de considerar esta entidad dentro del enfoque de abdomen agudo en el contexto de puerperio, dado que en su evolución puede presentar consecuencias graves como la perforación cecal.

PALABRAS CLAVE Cesárea, Pseudoobstrucción Colónica, Puerperio.

TÍTULO DEL TRABAJO CONCORDANCIA EN EL DIAGNÓSTICO "ABDOMEN QUIRÚRGICO" ENTRE UN CENTRO DE SALUD PRIMARIA INSULAR Y HOSPITAL DERIVADOR ENTRE ABRIL 2023-DICIEMBRE 2024:

CLASE Trabajo de investigación (TI)

CATEGORÍA D) Cirugía

AUTOR Veyl Quinteros Camilo (1).

CO-AUTORES Figueroa Saldaña Francisco (1), Lafitan Sánchez Carlos (1)

AFILIACIÓN (1) Médico EDF, Cesfam Lagunillas - Isla Santa María, Coronel Chile.

INTRODUCCIÓN Isla santa maría (ISM) es un territorio perteneciente a Coronel en la región del Bio-Bio, cuenta con dos centros, CECOSF Puerto sur y Posta de salud rural (PSR) Puerto norte, sin dispositivos de urgencia establecidos, estos centros brindan atenciones programadas y ante emergencias, con posibilidad de traslado a nivel terciario. El objetivo del trabajo es contrastar el diagnóstico de abdomen agudo desde ISM con la necesidad de intervención quirúrgica en el centro de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS Estudio observacional descriptivo retrospectivo que evidencia el N° de atenciones urgencia con diagnóstico operacional "Abdomen agudo" o sospecha de patología quirúrgica abdominal, los cuales se derivaron a un centro de mayor complejidad para su resolución o descarte. Se objetivó el número de pacientes derivados y su desenlace hospitalario

analizando el registro estadístico interno CECOSF Puerto Sur. En este trabajo no se accedió a fichas clínicas.

RESULTADOS Entre abril de 2023 a diciembre de 2024 se realizaron 41 traslados bajo la sospecha de abdomen agudo quirúrgico, de los cuales el 88% se trasladaron por vía aérea; el 54% de Sexo Masculino. Del total el 37% requirió una intervención quirúrgica de urgencia, siendo un 80% apendicitis aguda. En 2 casos, se decidió manejo médico por sobre manejo quirúrgico (obstrucción intestinal y colecistitis aguda). 100% no presentaron mortalidad a 1 año.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN El ISM presenta una disponibilidad limitada de recursos diagnósticos, situación compartida con otros centros primarios de urgencia rural, incrementando la probabilidad de errores diagnósticos y el número de derivaciones potencialmente no pertinentes, generando un aumento en el uso de recursos. Reconociendo esto, se considera fundamental replicar estudios en centros con características similares para evaluar la pertinencia del traslado. De esta manera, se fortalecería la validez externa de los hallazgos y se respaldaría con mayor evidencia la necesidad de incorporar mayores recursos diagnósticos en atención rural.

PALABRAS CLAVE Abdomen agudo, Atención de urgencia, Atención prehospitalaria.

TÍTULO DEL TRABAJO ALERGIA ALIMENTARIA MÚLTIPLE NO IGE MEDIADA EN LACTANTE MENOR: REPORTE DE UN CASO:

CLASE Pediatría y cirugía infantil

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Gómez Arancibia Valentina (1)

CO-AUTORES Lazcano Araneda Claudia (2)
Yáñez Moraga Pamela (3)

AFILIACIÓN (1) Médico general de zona, Hospital San Juan de Dios de Vicuña (2) Médico general de zona, CESFAM Puerto Aysén (3) Médico general de zona, CESFAM Cordillera Andina - Los Andes

INTRODUCCIÓN La prevalencia de las alergias alimentarias (AA) en EE.UU. en niños es de 6-8% y un 90% de estas se concentran en los alérgenos: huevo, leche de vaca, soya, pescado, trigo y maní. A continuación se busca exponer un caso de AA, patología frecuente e importante de conocer para médicos generales.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente nacida de término, sin patologías durante el embarazo, lactancia materna exclusiva. Acude a control con escaso aumento de peso, destaca a la anamnesis deposiciones mucosas sanguinolentas de consistencia diarreica. Además gran cantidad de vómitos explosivos y cólicos de difícil consuelo. Se sospecha asociación de síntomas a consumo de lácteos, por lo que se solicita exclusión de leche, en controles posteriores madre relata mejoría clínica, pero exacerbación de síntomas con otros alimentos. Finalmente se excluye leche, soya, huevo, maíz y maní; logrando estabilización del paciente.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La AA se describe como reacciones adversas a alimentos inmunomediadas por Inmunoglobulina E (IgE) o no IgE. Dentro de las entidades clínicas podemos encontrar la proctocolitis alérgica. En este caso el cuadro comienza principalmente en menores de 3 meses. El síntoma cardinal son las deposiciones tipo disenterica y en un 60% asociadas a sangre. También podrían presentar cólicos, vómitos intermitentes, entre otros. El diagnóstico es clínico, a base de una historia clínica detallada, los alimentos sospechosos son eliminados durante 2 a 4 semanas, para luego realizar una contraprueba diagnóstica. Desde el tratamiento es importante evaluar la diada, para evitar deficiencias nutricionales, e ir probando tolerancia de forma periódica, ya que la mayoría se resuelve al año de vida o antes de los 3 años. La AA está cada vez más presente en consultas de APS, por lo cual hay que tener en consideración la gran gama de síntomas asociados para pesquisar de forma temprana y evitar alteraciones pondoestaturales y del desarrollo psicomotor.
PALABRAS CLAVE	Hipersensibilidad a los Alimentos, Proctocolitis, Diarrea infantil, Disentería

TÍTULO DEL TRABAJO	INFECCIONES RECURRENTE EN LA COMUNIDAD. INFECCIÓN CRÓNICA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA	b) Medicina Interna - Infectología
AUTOR	Chiesa O Casagrande Castañeda Nicolas(1)
CO-AUTORES	Silva Muñoz Estefania (2) Reyes Morales Ariel (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Bernardo Leighton, Puente Alto, Santiago. (2) Médico General, Cesfam Bernardo Leighton, Puente Alto. (3) Médico general de zona, Cesfam N°3 Abel Zapata, Rancagua
INTRODUCCIÓN	Las infecciones por Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR) han aumentado en Chile en la última década. Las cepas de SAMR asociado a la comunidad (SAMR-AC), codifican en gran parte, una citotoxina en particular que se ha asociado con neumonía grave, fascitis necrosante e infecciones de piel y tejidos blandos. Se presenta el siguiente caso con el objetivo de discutir sobre una pesquisa temprana y el uso racional antibiótico en SAMR-AC.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 75 años con antecedentes de Asma, Diabetes mellitus II e Hipertensión arterial, compensadas. Sin hospitalizaciones recientes. En enero 2024 tras picadura de insecto en el norte de Chile, evoluciona con celulitis y un furúnculo en muslo izquierdo, recibió 5 cursos de tratamiento antibiótico con Amoxicilina/Ac clavulánico y ciprofloxacino, drenaje de lesión; Sin embargo, lesiones recurren. Se solicita Ecografía de muslo izquierdo destacando paniculitis del muslo y Cultivo corriente (Mayo/2024) positivo para SAMR susceptible a clindamicina, ciprofloxacino y trimetoprim/sulfametoxazol (TMP/SMX). Se inicia tratamiento con TMP/SMX. Evoluciona con lesiones persistentes, sin embargo, de menor tamaño y frecuencia. Se solicita cultivo de portación (octubre/2024): negativo. A la fecha paciente se encuentra en tratamiento con TMP/SMX trisemanal, asociado a baños de clorhexidina y colutorios. Este estudio cuenta con consentimiento informado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En Chile en el período 2012-2016, se estudiaron 1.079 cepas de Staphylococcus aureus, un 29,4% se definió como SAMR-AC. El uso de TMP/SMX como tratamiento empírico para infecciones por SAMR-AC se relaciona con una baja recurrencia de enfermedad, pese a esto, un 70% de pacientes puede presentar recidiva. Se recomienda terapia de

colonización en infecciones crónicas. Las infecciones por SAMR-AC representan un desafío tanto en los cuidados de pacientes como en la sobrecarga asistencial. Una pesquisa, tratamiento precoz y uso racional antibiótico podría disminuir complicaciones y mejorar la sintomatología del paciente.

PALABRAS CLAVE	Infecciones de tejidos blandos, Staphylococcus aureus, Staphylococcus aureus meticilino resistente.
TÍTULO DEL TRABAJO	INVAGINACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO, A PROPÓSITO DE UN CASO :
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Letelier Lazo Claudia Carolina (1)
CO-AUTORES	Medina Becerra Pablo Andres (2), Lorenzoni Mendez Eduardo Jesus (3), Letelier Lazo Iñaki (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Salamanca, Salamanca (2) Médico General de Zona, Hospital de Salamanca, Salamanca (3) Médico General de Zona, Hospital de Salamanca, Salamanca (4) Interno de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia
INTRODUCCIÓN	La intususcepción intestinal es la invaginación de un segmento intestinal dentro de otro contiguo. Es una causa poco frecuente de abdomen agudo en adultos, con clínica variable e inespecífica, lo que dificulta su diagnóstico. Por ello, el médico general debe mantener un alto índice de sospecha, así, se presenta un caso clínico ilustrativo de esta patología.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 41 años sin antecedentes mórbidos, acudió al servicio de urgencias del Hospital Comunitario de Salamanca por un cuadro de 12 horas de evolución caracterizado por dolor en hipocondrio derecho, asociado a vómitos y diarrea sin características patológicas. Al interrogatorio negó otra sintomatología asociada u otra persona enferma en domicilio. Al examen físico presentó taquicardia asociada a fiebre y diaforesis, como hallazgos al examen abdominal destacó abdomen doloroso a la palpación en flanco derecho e hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. Por signos vitales alterados se solicitó exámenes sanguíneos, donde destacó leucocitosis con desviación izquierda (Leucocitos 18.680 / Recuento absoluto de neutrófilos 15.597 / Segmentados 86%) con parámetros inflamatorios elevados (Proteína C reactiva 140 mg/dL), resto del estudio normal.

Post analgesia endovenosa se encontró afebril y normocárdico, pero persistió con dolor y diaforético, por lo que se decide manejo antibiótico (ceftriaxona 2 gramos) y se presentó al hospital de referencia como sospecha de abdomen agudo con observación de colecistitis aguda. En hospital de referencia se realizó scanner de abdomen y pelvis contrastado donde se observó hallazgo de intususcepción de la válvula ileocecal, apéndice cecal aumentado de diámetro. Por lo cual se optó por resolución quirúrgica (aseo y resección), con buena evolución postoperatoria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La invaginación intestinal en el adulto es infrecuente; por lo que la sospecha es crucial. Así, técnicas imagenológicas y un manejo quirúrgico oportuno es capaz de mejorar considerablemente el pronóstico de los pacientes y mejorar así su sobrevida.

PALABRAS CLAVE Abdomen Agudo, Dolor Abdominal, Peritonitis

TÍTULO DEL TRABAJO MANEJO ORTOPÉDICO DE FRACTURA COMPLEJA DE MESETA TIBIAL (SCHATZKER IV) EN PACIENTE JOVEN:

CLASE Caso Clínico (CC).

CATEGORÍA H) Especialidades (Traumatología).

AUTOR Espinoza Chacin Josbel (1).

CO-AUTORES Mella Stoma Joaquín (2).
Escobar Renjifo Rodrigo (3).

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital Comunitario de Salud familiar de Coelemu, Coelemu.
(2) Médico General de Zona, Hospital Comunitario de Salud familiar de Quirihue, Quirihue.
(3) Médico General de Zona, Hospital Comunitario de Salud familiar de Coelemu, Coelemu.

INTRODUCCIÓN Las fracturas de meseta tibial constituyen una lesión intraarticular significativa que afecta la función de la rodilla, especialmente en individuos jóvenes y activos. Estas fracturas representan aproximadamente el 1% de todas las fracturas. El caso presentado muestra la decisión de optar por un manejo ortopédico en una lesión que frecuentemente se asocia a una resolución quirúrgica; tanto por la gravedad de la lesión como por el daño de partes blandas; en la cual se observa un buen resultado a mediano plazo.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre sano y deportista de 26 años consultó tras un accidente en motocicleta que le causó trauma por hiperextensión y aplastamiento de rodilla izquierda. La radiografía inicial mostró una fractura de tibia, siendo derivado a traumatología. Exámenes posteriores (tomografía y resonancia) revelaron una fractura multifragmentaria intraarticular de mesetas tibiales (Schatzker IV) sin desplazamiento ni angulación, asociada a un desgarro parcial del ligamento cruzado anterior. Se decidió un manejo ortopédico con seguimiento estricto. Logró buena recuperación y marcha asistida a los 3 meses, alcanzando marcha autónoma y retorno laboral a los 6 meses del accidente, momento en que se le solicitó consentimiento para presentar el caso.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El manejo no operatorio de fracturas de meseta tibial Schatzker IV no desplazadas y sin angulación en adultos jóvenes es una opción viable en casos cuidadosamente seleccionados ya que usualmente se prefiere el manejo quirúrgico en este tipo de fracturas. Requiere un diagnóstico preciso con imágenes detalladas para confirmar la ausencia de desplazamiento y evaluación de tejidos blandos. El éxito depende del estricto cumplimiento del protocolo no operatorio: inmovilización, carga protegida y rehabilitación. Es crucial el seguimiento cercano por el riesgo de desplazamiento tardío, consolidación defectuosa, rigidez y osteoartritis postraumática.
PALABRAS CLAVE	Fracturas de la Meseta Tibial, Toma de Decisiones, Traumatismos de la Rodilla.

TÍTULO DEL TRABAJO HIPO PERSISTENTE COMO MANIFESTACIÓN POCO COMÚN DE ABSCESO HEPÁTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Martínez Sepúlveda Juan (1)

CO-AUTORES Rebolledo Castillo Johanna (1), Araya Retamal José (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital San Juan de Dios, Cauquenes

INTRODUCCIÓN Absceso hepático (AH) se define como una colección de pus en el hígado que puede desarrollarse a partir de una lesión hepática o una infección intraabdominal diseminada desde la circulación portal. A menudo se presenta con síntomas inespecíficos y anomalías de laboratorio, lo que puede retrasar el diagnóstico y tratamiento. Una presentación poco común del AH es el hipo persistente, el cual resulta de contracciones mioclónicas involuntarias y repetitivas del diafragma y los músculos intercostales producto del AH como irritante por continuidad del diafragma.

PRESENTACIÓN DEL CASO Masculino, 57 años, hipertenso, consultó en servicio de urgencias por cuadro de 6 días caracterizado por singulto persistente refractario a manejo médico e historia de dolor abdominal difuso, diarrea, fiebre y sudoración nocturna 10 días previo a consulta, asociado a pérdida de peso de 3 semanas de evolución. En estudio destacó elevación de parámetros inflamatorios y transaminasas. El escáner informó imágenes hipodensas con realce periférico en el parénquima hepático de 26, 24 y 19 milímetros en el segmento VIII concordantes con AH. Se decidió tratamiento con antibióticos endovenosos, ceftriaxona y metronidazol por 14 días, posterior a ello evolucionó con remisión de hipo y resto de sintomatología asociada.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El hipo es una experiencia transversal a la mayoría de personas, sin embargo, su persistencia puede ocasionar un profundo impacto en la calidad de vida de quienes lo poseen, motivando incluso a consultar en establecimientos de salud. Dicha cotidianidad no debe subestimar su presencia, más aún cuando se hace persistente y refractario a tratamiento, debido a las posibles patologías asociadas y potenciales efectos deletéreos en caso de no ser tratadas oportuna y adecuadamente. Lo anterior permitió el diagnóstico apropiado del AH, instaurando

medidas terapéuticas efectivas, con resolución absoluta de la sintomatología que afectaba la calidad de vida del paciente, evitando complicaciones sistémicas severas propias del retraso diagnóstico.

PALABRAS CLAVE Absceso hepático, Diafragma, Hipo

TÍTULO DEL TRABAJO EDEMA PULMONAR DE ALTURA, REPORTE DE UN CASO EN EL ALTIPLANO CHILENO:

CLASE Reporte de un caso

CATEGORÍA Caso Clínico

AUTOR del Real Hidalgo Sebastián (1)

CO-AUTORES Estrada Samayoa Margarita (2), Araya Daveno Sergio (3)

AFILIACIÓN 1.Médico General de Zona, CESFAM de Putre, Arica y Parinacota.
2.Médico General de Zona, Hospital San Juan de Dios Cauquenes, Servicio de Salud del Maule.
3.Medico General de Zona, CESFAM de Putre, Arica y Parinacota.

INTRODUCCIÓN El edema pulmonar de altura (HAPE), es una entidad infrecuente, poco conocida y una complicación potencialmente grave del mal agudo de montaña, que puede afectar incluso a personas jóvenes y previamente sanas. Su diagnóstico y tratamiento precoz es clave para evitar desenlaces fatales, especialmente en zonas rurales o de difícil acceso, justamente donde esta patología ocurre con más frecuencia.

PRESENTACIÓN DEL CASO Mujer chilena de 34 años, sin antecedentes mórbidos, permaneció 7 días en el Paso Chungará a 4500 msnm en la frontera entre Chile y Bolivia. Tras dos días de disnea progresiva, acudió al Servicio de Urgencia Rural de Putre a 3575 msnm, refiriendo disnea severa en reposo, sin fiebre, sin tos, sin alteración de conciencia, sin otros síntomas. Al examen físico, presentó taquipnea, cianosis, saturación de oxígeno de 49% ambiental y crépitos bibasales. Se sospechó HAPE, se administró oxígeno con mascarilla de reservorio, corticoide endovenoso con buena respuesta y se trasladó al Hospital de Arica. Se tomó Tomografía Axial Computada de tórax que mostró focos de condensación y opacidades en vidrio esmerilado en ambos campos pulmonares, compatibles con edema pulmonar. Exámenes cardiológicos

normales. Se diagnosticó HAPE, trató con oxígeno, reposo y nifedipino. Evolucionó favorablemente en 48 horas, con mejoría clínica y radiológica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El HAPE es una urgencia médica relacionada con la vasoconstricción hipóxica pulmonar, para su sospecha se necesita una acuciosa anamnesis, si bien hay propuestas para su diferenciación de la neumonía como el score de Frisco (4,5), aún no hay consenso sobre su utilidad, el parámetro más útil sería la baja saturación de oxígeno. El manejo incluye, descenso precoz y oxígeno (1), el tratamiento farmacológico requiere mayor estudio, siendo lo más aceptado el nifedipino y la dexametasona (3). Es fundamental reforzar la educación sobre los riesgos del mal de montaña y sus complicaciones.

PALABRAS CLAVE Edema pulmonar; Altitud; Saturación de oxígeno.

TÍTULO DEL TRABAJO SÍNDROME DE TAKOTSUBO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina interna

AUTOR Morales Seguel Carolina (1)

CO-AUTORES Figueroa Grant Barbara (1) , Soto Lehnert Fernanda (2) , Herrera Castillo Marlene(3)

AFILIACIÓN (1)Médico General De Zona , Hospital Doctor Roberto Muñoz Urrutia , Huépil.
(2)Médico General De Zona , Hospital de Nacimiento, Nacimiento.
(3)Médico Cirujano, Hospital Doctor Roberto Muñoz Urrutia , Huépil.

INTRODUCCIÓN El síndrome de Takotsubo, también conocido como cardiomiopatía por estrés, es una condición cardíaca transitoria caracterizada por una disfunción sistólica del ventrículo izquierdo en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva significativa. Se presenta típicamente en respuesta a un evento estresante físico o emocional intenso, que produce una oleada de catecolaminas, posteriormente una disfunción miocárdica, simulando un síndrome coronario agudo(SCA). Afecta con mayor frecuencia a mujeres postmenopáusicas, aunque puede presentarse en hombres.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 44 años, con antecedente de hipertensión arterial, consulta en servicio de urgencia por dolor torácico opresivo de 2 horas de evolución, irradiado a brazo derecho, sin síntomas neurovegetativos. Al examen físico destaca soplo sistólico II/VI, sin otros hallazgos relevantes. Se realiza electrocardiograma sin alteraciones del ST y Curva de troponinas negativas. Se diagnostica inicialmente costocondritis y se da de alta con manejo sintomático. Reconsulta con cardiólogo por persistencia del dolor. Se solicita ecocardiograma que muestra ventrículo izquierdo no dilatado, engrosamiento septal basal, Fracción de eyección 54% con hiperkinesia de segmentos basales y abalnamiento del ventriculo izquierdo apical ,sin signos de hipertensión pulmonar ni derrame pericárdico. Coronariografía sin lesiones obstructivas. Se concluye como diagnóstico síndrome de Takotsubo. Se solicita consentimiento informado a paciente quien autoriza

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El síndrome de Takotsubo, aunque infrecuente, se presenta del 1- 2% de los SCA, debe considerarse frente a un paciente con dolor torácico de características anginosas, especialmente si existe un desencadenante emocional o físico reciente y factores de riesgo cardiovasculares. El mayor desafío es diferenciarlo de un SCA. Si bien el Takotsubo simula un infarto, suele cursar con troponinas levemente elevadas o negativas y sin alteraciones específicas en el electrocardiograma. Sin embargo, estos elementos no permiten excluir eventos isquémicos, y de momento no existe un biomarcador específico, por lo que la sospecha clínica debe motivar siempre derivación oportuna.

PALABRAS CLAVE Cardiomiopatía, Diagnóstico, Dolor.

TÍTULO DEL TRABAJO	SHOCK ANAFILÁCTICO SECUNDARIO A ROTURA DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO:		
CLASE	Caso clínico (CC)		
CATEGORÍA	d) Cirugía		
AUTOR	Vegas Reyes Ángel (1)		
CO-AUTORES	Lessau	Neira	Camila (2)
	Ortiz Cea Pablo (3)		
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Perquenco (2) Médico General de Zona, CECOSF Guacolda (3) Médico General de Zona, Hospital Lautaro		
INTRODUCCIÓN	La hidatidosis, causada por <i>Echinococcus granulosus</i> , es endémica en el sur de Chile y se caracteriza por la formación de quistes, principalmente hepáticos. Una complicación infrecuente pero potencialmente fatal es el shock anafiláctico, asociado a la ruptura de dichos quistes. a sospecha clínica es fundamental para tratar esta complicación tiempo dependiente.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 21 años con antecedente de hidatidosis hepática, procedente de sector rural Lautaro. Acude a urgencias tras experimentar episodio de dificultad respiratoria y lesiones en piel de 1 hora de evolución. Días previos con dolor abdominal intermitente. Al examen físico presentaba taquicardia, taquipnea, hipotensión, urticaria en tronco, sibilancias espiratorias y signo de Blumberg positivo. Dado lo anterior se sospecha shock anafiláctico. Se apoya con oxígeno, se administra epinefrina, fluidoterapia, antihistamínicos, corticoides y broncodilatadores con respuesta favorable. Se toma exámenes de laboratorio donde destaca lactato de 6,4 mmol/L, leucocitosis (22.340/mm³, 92 % neutrófilos) y PCR de 220 mg/L. Se realiza tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis informándose: Quiste hidatídico roto en segmento VII del hígado con peritonitis asociada. Se deriva caso a Hospital de Temuco para evaluación por cirugía previa administración de tratamiento antibiótico con ceftriaxona y metronidazol. En Temuco se realiza laparotomía exploratoria donde se confirma rotura del quiste y se realiza resección. Se solicita consentimiento informado.		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La identificación del shock anafiláctico precoz asociado a los antecedentes del paciente fueron fundamentales para el desenlace favorable del caso descrito. Creemos que es importante considerar la		

rotura de quiste hidatídico como diagnóstico diferencial en anafilaxis sobretodo en nuestro medio. Además, es importante educar a los pacientes portadores de quistes hidatídicos sobre los síntomas de alarma que requieran atención médica inmediata.

PALABRAS CLAVE	Anafilaxis, Hidatidosis, Shock		
TÍTULO DEL TRABAJO	RELEVANCIA DEL ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO DE LA ÚLCERA VENOSA CRÓNICA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA, UN DESAFÍO CLÍNICO EN CONTEXTO DE AISLAMIENTO SOCIAL:		
CLASE	Caso clínico (cc)		
CATEGORÍA	a) Medicina familiar		
AUTOR	Mellado Riquelme Carol (1)		
CO-AUTORES	Navarro	Saez	Isidora (1)
	Delgado	Cabezas	Juan (1)
	Águila Sepulveda Javiera (2)		
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, CESFAM Dr. Juan Cartes Arias, Lota. (2) Interna de medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción.		
INTRODUCCIÓN	La úlcera venosa es una lesión cutánea abierta de la pierna o el pie, originada por hipertensión venosa, su evolución y cicatrización están profundamente influenciadas por factores clínicos, sociales y ambientales. Este caso expone a un paciente con úlcera venosa de larga data, cuya recurrencia estuvo condicionada por comorbilidades, aislamiento social y limitada red de apoyo. El objetivo es analizar cómo estas variables afectaron el tratamiento, destacando la necesidad de un enfoque integral en el contexto de la atención domiciliaria.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino 77 años, con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad, insuficiencia venosa crónica periférica y dolor crónico, con mala red de apoyo. El 2019 fue derivado a cirugía, por úlcera venosa crónica de ocho años de evolución. Se indicó manejo conservador con lubricación y compresión elástica. Fue dado de alta de la especialidad. Posteriormente habría recibido curaciones de larga data, sin buena evolución, con episodios previos reiterativos de miasis en zona de úlcera, en reiteradas ocasiones se derivó al hospital para evaluación, pero era enviado nuevamente a domicilio, con indicación de continuar con curaciones ambulatorias. Paciente persiste con úlcera activa de 15x10 cm		

de evolución tórpida. Se plantea necesidad de hospitalización por mala evolución de úlcera, equipo psicosocial de cesfam y del hospital realizan gestiones y se logra hospitalización para manejo avanzado y tratamiento interdisciplinario.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La cicatrización de las úlceras venosas es un proceso complejo influido por múltiples factores. En este caso, la ausencia de tratamiento compresivo sostenido y adecuado seguimiento interdisciplinario afectó negativamente el pronóstico, en un paciente que vive solo, por ende, se recomienda una evaluación temprana de factores clínicos y sociales, especialmente en el ámbito domiciliario. Esta situación evidencia la necesidad de estrategias integrales adaptadas a contextos de vulnerabilidad social, que promueva un abordaje coordinado en salud pública que mejore los resultados y reduzca las recurrencias.

PALABRAS CLAVE Atención Domiciliaria de Salud, Factores de riesgo, Úlcera Varicosa.

TÍTULO DEL TRABAJO APLICACIÓN DEL ENFOQUE EMPOWER PARA EL RETIRO DE BENZODIAZEPINAS EN ATENCIÓN PRIMARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE h) Especialidades (Psiquiatría)

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Colvin Rivas Daniel (1)

CO-AUTORES González Álvarez Luis (2), Molina Soliz Diana (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Juan Antonio Ríos, Santiago. (2) Médico General de Zona, CESFAM San Manuel, Melipilla. (3) Médico-Cirujano, CESFAM Juan Antonio Ríos.

INTRODUCCIÓN Las Benzodiazepinas (BZD), como el clonazepam (CNZ), son fármacos útiles por su efecto ansiolítico, sedante y anticonvulsivante, pero con creciente evidencia sobre los efectos adversos y ausencia de evidencia de efectividad a largo plazo. Dada la importante prevalencia del uso prolongado y dependencia a BZD a nivel mundial y local, sumado a la falta de consenso sobre cómo manejarlo a nivel local, es que resulta útil evaluar enfoques a implementar.

El enfoque EMPOWER contempla la educación, entrega de material escrito y un protocolo de retiro en formato de calendario. Se presenta caso de paciente adulto mayor que logra retiro de CNZ aplicando dicho enfoque.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 70 años, es atendida en atención primaria hace 6 años con diagnóstico de trastorno de ansiedad no especificado, haciendo uso de sertralina, melatonina y clonazepam 2,5 mg al día por 18 meses como tratamiento por insomnio y síntomas ansiosos. Al momento de la evaluación no refería ansiedad, fuera de síntomas de dependencia. Presentaba discurso ambivalente, solicitando postergar el retiro de CNZ en los últimos controles y un intento no tolerado de disminución de dosis a 2 mg. Se educó sobre efectos adversos del uso de BZD, higiene del sueño y manejo no farmacológico de ansiedad, se le entregó material escrito al respecto y se motivó al cambio con la información. Se propuso un esquema de retiro gradual tipo EMPOWER, en forma de un calendario, con días de reducción y de mantención alternados. La usuaria aceptó y realizándose un seguimiento cada 4-6 semanas, con disminuciones del 10%, completó el retiro, percibiendo además mejor autorregulación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El enfoque EMPOWER puede ser una estrategia prometedora en atención primaria, al ofrecer de forma simple y eficiente un retiro gradual de benzodiazepinas, centrado en educación, logrando superar la ambivalencia y la dependencia en la usuaria del caso.

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria de Salud, Benzodiazepinas, Clonazepam, Retirada de Medicamento por Seguridad, Trastornos Relacionados con Sustancias.

TÍTULO DEL TRABAJO	CUANDO DESPIERTA EL ANEURISMA CEREBRAL SILENTE, CRISIS EPILÉPTICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	g) Neurología
AUTOR	Muñoz Bustos Diego (1)
CO-AUTORES	De la Fuente Contreras Juan (2), Alaña Wandersleben Erich (3), Budd Cofré Maximiliano (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Pueblo Seco, San Ignacio. (2) Médico General de Zona, CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo, Alto Hospicio. (3) Médico General, CESFAM Pueblo Seco, San Ignacio.
INTRODUCCIÓN	Los aneurismas cerebrales son dilataciones anómalas en la pared de las arterias intracraneales. La manifestación más común de un aneurisma roto es la hemorragia subaracnoidea. En el caso de los aneurismas no rotos, la literatura indica que su presentación clínica puede incluir cefalea, compresión de estructuras cerebrales y, con menor frecuencia, crisis epilépticas, siendo estas últimas las menos estudiadas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 86 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, consultó en Servicio de Urgencias tras cuadro de cefalea de aparición súbita y convulsión tónico clónica en vía pública durante 2 minutos. Se sospechó un accidente cerebrovascular agudo, por lo que se solicitó un escáner cerebral, el cual informó una lesión nodular densa, dependiente de la Arteria Cerebral Media izquierda. Posteriormente, se realizó una angiografía por tomografía computarizada, que evidenció un aneurisma grande de 15 por 10 milímetros, mamelonado en el sifón carotídeo izquierdo. Se hospitalizó, evolucionando sin nuevos déficits neurológicos focales. El caso se presentó en reunión clínica, donde se determinó que, dado el contexto de la paciente, no había indicación de resolución neuroquirúrgica. Se indicó tratamiento con ácido valproico, con buena respuesta, y se recomendó mantener controles por Neurología.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El aneurisma intracraneal no roto representa un reto para el clínico. El cuadro inicial se acompaña de síntomas inespecíficos como cefalea y clínica focal dependiente del lugar de la lesión, estableciéndose el diagnóstico definitivo sólo mediante la angiografía. La probabilidad de

crisis epilépticas aumentan con el tamaño del aneurisma, sobre todo en los mayores de 2,5 centímetros dependientes de la arteria cerebral media. En conclusión, los aneurismas intracerebrales no rotos deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de convulsiones de etiología desconocida para así plantear precozmente la opción terapéutica más adecuada y alertar al paciente de las variadas presentaciones clínicas, aunque éstas resulten atípicas.

PALABRAS CLAVE	Aneurisma intracraneal, Convulsión, Epilepsia.
TÍTULO DEL TRABAJO	MANEJO POCO CONOCIDO DE DIAGNÓSTICO POTENCIALMENTE FATAL: ENFRENTAMIENTO DEL TRAUMA LARINGOTRAQUEAL A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Otorrinolaringología)
AUTOR	Mendoza Burgos Tomás (1)
CO-AUTORES	Vega Gajardo María (2), Vergara López Valeria (3), Rojas Valiente Antonia (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM de Puaucho, San Juan de la Costa, Servicio de Salud Osorno, Región de Los Lagos, Chile. (2) Médica General de Zona, Hospital de Llanquihue, Llanquihue, Servicio de Salud Reloncaví, Región de Los Lagos, Chile. (3) Médica General de Zona, CESFAM Manuel Bustos Huerta, Quilicura, Servicio de Salud Metropolitano Norte, Región Metropolitana, Chile. (4) Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Región Metropolitana, Chile.
INTRODUCCIÓN	El trauma laringotraqueal (TLT) es una lesión infrecuente con elevada morbilidad, usualmente asociada a politraumatismos; se reportan casos traumáticos de baja energía. Puede comprometer agudamente estructuras vasculares, respiratorias y digestivas, siendo potencialmente fatal, por lo que un diagnóstico y manejo precoz es fundamental.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 85 años, presenta cuadro de 36 horas secundario a caída de nivel sufriendo golpe directo en marco laríngeo anterior. Evoluciona con disfonía persistente no progresiva, sin estridor, disnea ni requerimientos de oxígeno. Tomografía Computada (TC) de Cuello con edema de partes

blandas supraglóticas y glóticas, sin estrechez de vía aérea (VA); marco laríngeo e hioides sin fracturas. Además, Nasofibrolaringoscopia (NFL) con rinofaringe y orofaringe sin lesiones, edema leve en vallécula, aritenoides edematosos y hematoma bilateral supraglótico, cuerdas vocales con movilidad conservada, sin compromiso de subglotis, VA ni cuello; marco laríngeo estable. Se hospitaliza con diagnóstico de TLT. Se inicia reposo vocal absoluto, medidas físicas, analgesia, corticoides orales y nebulizaciones con suero fisiológico y corticoides inhalatorios. Evoluciona favorablemente, disminuyendo sintomatología. A las 48 horas, TC de cuello informa edema laríngeo en regresión. NFL de control con hematoma persistente de menor tamaño supraglótico y disminución del edema. Se decide alta y control ambulatorio con especialidad. Consentimiento firmado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Pese a su elevada morbilidad, el manejo del TLT es frecuentemente desconocido, reportando 37% de diagnósticos tardíos. Debe sospecharse en pacientes con disfonía, disfagia y dolor cervical, aunque pueden ser inicialmente asintomáticos. Debe asegurarse la VA y detectar precozmente las lesiones según el mecanismo de trauma y complicaciones asociadas mediante TC y NFL, previa estabilización. La elección del manejo conservador versus quirúrgico es controversial, recomendando usar la clasificación de Schaefer-Fuhrman, según la severidad de las lesiones. El reporte de casos sobre TLT es crucial, ya que la sospecha y enfrentamiento adecuados pueden disminuir la mortalidad y mejorar el pronóstico significativamente.

PALABRAS CLAVE Nasofibrolaringoscopia, Otorrinolaringología, Trauma laringotraqueal.

TÍTULO DEL TRABAJO DESCUBRIENDO LA HIPERGLICINEMIA NO CETÓSICA, ROL ESENCIAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SU ACOMPAÑAMIENTO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA Medicina Familiar

AUTOR Castillo Castillo Felipe (1)

CO-AUTORES Campos Rojas José Manuel (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Alemania, Calama
(2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Recoleta, Santiago

INTRODUCCIÓN La hiperglicinemia no cetósica (HNC) es un error innato del metabolismo de la glicina. Su clínica variable y su baja frecuencia la convierten en un

desafío clínico. Su manejo es multidisciplinario, donde la atención primaria (APS) es el primer eslabón.

PRESENTACIÓN DEL CASO Hombre de 26 años. Sin antecedentes perinatales relevantes, adecuado desarrollo psicomotor hasta el año de vida, donde comenzó con convulsiones y retraso global del desarrollo. Dada clínica se realizó estudio de etiología secundaria, destacando aumento de glicina en líquido cerebroespinal (LCE) en forma relativa al suero, diagnosticándose HNC. Actualmente, a través del programa de dependencia severa (APS) se realiza seguimiento de complicaciones: déficit intelectual severo, tetraparesia espástica y epilepsia, requiriendo para su control tres anticonvulsivantes.
Se obtuvo consentimiento firmado de madre para publicación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La HNC es infrecuente (1/76.000 recién nacidos) y autosómica recesiva. Son conocidas algunas mutaciones que impiden el correcto clivaje de glicina, la cual tiene propiedad inhibitoria como neurotransmisor; pero al acumularse en concentraciones tóxicas puede ser excitatoria vía receptor N-metil-D-aspartato en corteza. Esto explicaría la sintomatología en HNC. El fenotipo clásico de HNC inicia en período neonatal con letargia, convulsiones intratables, hipotonía y apneas. Formas menos frecuentes comienzan tardíamente (lactantes) con un desarrollo normal previo (como nuestro caso). El diagnóstico se define mediante una relación de glicina en LCE/suero mayor a 0,8; con hallazgos neuroimagenológicos inespecíficos (hipogenesia del cuerpo calloso) y patrones electroencefalográficos de hiperexcitabilidad. El estudio genético certifica la etiología y ayuda al asesoramiento genético futuro. Si bien el diagnóstico es de especialidad, el seguimiento de requerimientos cotidianos es responsabilidad de APS, enfatizando el manejo multidisciplinario y prevención de complicaciones. En suma, el rol del médico general incluye derivar oportunamente casos que se desvíen del neurodesarrollo normal y realizar un adecuado acompañamiento a la persona y su familia posterior al diagnóstico.

PALABRAS CLAVE Epilepsia, Errores Innatos del Metabolismo, Hiperglicinemia no Cetósica

TÍTULO DEL TRABAJO FRACTURA DE FÉMUR DISTAL EN ADULTA MAYOR: REPORTE DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA h) Especialidades, Traumatología

AUTOR Tobar Quinteros Bernardo (1)

CO-AUTORES	Abarca Romero Pablo (1), Contreras Calderón Nicolás (1), Latuz Piña Paulo (1).
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Marchigüe, Marchigüe
TÍTULO DEL TRABAJO	FRACTURA DE FÉMUR DISTAL EN ADULTA MAYOR: REPORTE DE UN CASO:
INTRODUCCIÓN	Las fracturas de fémur distal (FFD) en adultos mayores, asociadas a osteoporosis y vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) —30-50% de estos pacientes sufren caídas por vértigo—, representan el 5-7% de las fracturas femorales. Su incidencia aumenta con el envejecimiento, especialmente en mujeres postmenopáusicas osteoporóticas, grupo de alto riesgo. El diagnóstico combina radiografía y Tomografía Computarizada (TC) para evaluar el compromiso articular y planificar cirugía. El manejo, principalmente con osteosíntesis, enfrenta retos por fragilidad ósea y comorbilidades. Este trabajo presenta un caso clínico que analiza los desafíos terapéuticos y su impacto en la recuperación funcional, destacando la complejidad en esta población.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina de 69 años, autovalente, antecedentes de osteoporosis, hipotiroidismo, VPPB e insuficiencia venosa (anticoagulada), sufrió caída por vértigo con mecanismo de flexión- torsión en pierna izquierda. Al examen, presentaba acortamiento, rotación interna y dolor intenso en tercio distal femoral, con neurovascular conservado. Radiografía y TC confirmaron fractura conminuta desplazada de diáfisis femoral distal sin compromiso articular. El manejo inicial en Urgencias incluyó reducción, analgesia con fentanilo endovenoso y osteosíntesis a las 72 horas mediante clavo endomedular bloqueado con 2 tornillos proximales y 4 distales. Evolucionó favorablemente con kinesioterapia motora desde día 1 postquirúrgico (carga parcial). A las 2 semanas, retiro de puntos sin complicaciones. Estudios complementarios descartaron causas cardiovasculares o cerebrales, confirmando VPPB como etiología. El abordaje multidisciplinario facilitó la recuperación funcional, subrayando la relevancia del manejo integral en pacientes geriátricos con fragilidad ósea y riesgo trombótico.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso ilustra las FFD en adultos mayores osteoporóticos, donde caídas de baja energía causan fracturas complejas. La cirugía oportuna con clavo endomedular permitió movilización precoz, clave en fragilidad, donde la anticoagulación no la contraindica, pero requiere suspensión previa. El manejo involucra un equipo multidisciplinario con rehabilitación

multimodal precoz, optimizando resultados, teniendo presente que la recurrencia de VPPB precisa una prevención secundaria.

PALABRAS CLAVE Fracturas Femorales Distales, Osteoporosis, Vértigo Posicional Paroxístico Benigno

TÍTULO DEL TRABAJO INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN LESIONES OBSTRUCTIVAS POST CONSUMO DE COCAÍNA:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA h) Especialidades (cardiología)

AUTOR Albornoz Mora Alberto Anselmo (1),

CO-AUTORES Roa Ramírez Bárbara Marlen (2), Carrasco Negrón Constanza Ignacia (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Laja, Laja
(2) Médico General de Zona, Cesfam de Quilleco, Quilleco

INTRODUCCIÓN El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias, donde el infarto agudo al miocardio (IAM) es una de sus causas. Cuando estamos frente a un IAM y el estudio coronario no hay evidencia de lesiones obstructivas se le determina un IAM sin lesiones obstructivas (MINOCA). El consumo de cocaína ha tenido un incremento en su prevalencia en los últimos años y se asocia a un aumento del riesgo de sufrir un IAM. Existen varios mecanismos por los cuales esto ocurre: trombosis, vasoespasmo, desbalance en oferta/demanda de oxígeno, entre otros.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 32 años, sin antecedentes mórbidos, consultó en un servicio de urgencia de baja complejidad por dolor torácico de 1 día de evolución de carácter punzante, intenso, asociado a diaforesis. Se tomó electrocardiograma (ECG) sin signos de isquemia aguda y radiografía de tórax sin alteraciones. Se manejó de manera sintomática. Posteriormente al día siguiente paciente consultó en segunda instancia en hospital de alta complejidad por persistencia de síntomas, descritos de similar intensidad. Se tomó ECG con discreta elevación 1 mm de D1 y aVL y T hiperagudas en precordiales. Se tomaron exámenes donde destacó creatina quinasa total de 1400, creatina quinasa tipo MB de 180 y troponinas ultra sensibles de 49.928. Paciente se hospitalizó para estudio y en ese momento se rescató antecedente de consumo reciente de cocaína previo a clínica actual. Se realizó coronariografía con conclusión: obs

MINOCA con espasmo severo de arteria descendente anterior media distal que revierte con uso de nitroglicerina.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El consumo de cocaína y el dolor torácico en la urgencia son motivos de consulta frecuente que se asocia a un riesgo aumentado de IAM. Es necesario realizar una anamnesis completa que incluya consumo de tabaco o drogas como la cocaína dada la asociación entre ambas.

PALABRAS CLAVE Cocaína, Dolor en el pecho, MINOCA

TÍTULO DEL TRABAJO TRASTORNO PSICÓTICO PERSISTENTE EN PACIENTE CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO Y USO CRÓNICO DE INHALANTES

CLASE CASO CLINICO (CC)

CATEGORÍA H) Especialidades: Psiquiatría

AUTOR Cárdenas Salazar Karla (1)

CO-AUTORES Murillo Pacheco Miguel (2)
Blanco Rivero Yuris (2)
Peralta Hernández Margory (2)

AFILIACIÓN (1) Médico general de zona, CESFAM Nororiente, Los Ángeles (2) Médico cirujano, CESFAM Nororiente, Los Ángeles

INTRODUCCIÓN Los trastornos psicóticos persistentes en contexto de trauma complejo constituyen un desafío diagnóstico y terapéutico relevante en la práctica psiquiátrica. La coexistencia de Trastorno de Estrés Posttraumático Complejo, antecedentes de abuso sexual infantil severo y sintomatología psicótica crónica plantea controversias clínicas respecto de su clasificación nosológica, evolución clínica y abordaje terapéutico. La situación se complejiza ante la presencia de consumo de sustancias inhalantes no convencionales, fenómeno escasamente reportado en la literatura especializada, pero de alta relevancia clínica por su potencial neurotóxico y asociación con cuadros psicopatológicos graves. Estos casos, particularmente en mujeres con historia de violencia temprana, suelen presentar curso crónico, pobre respuesta terapéutica y significativo deterioro funcional.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, 48 años, con antecedentes de abuso sexual infantil severo no resignificado. Había sido diagnosticada con trastorno depresivo mayor y trastorno de estrés postraumático complejo. Consultó por episodio de psicosis aguda caracterizado por alucinaciones auditivas y visuales, además de insomnio. Fue hospitalizada brevemente en el año 2021, con buena respuesta a tratamiento antipsicótico. Presentaba consumo crónico de sustancias poco convencionales como bencina, parafina, cera e ingesta compulsiva de hielo, en asociación con anemia secundaria a miomatosis uterina, condición que fue resuelta tras histerectomía. Describía alucinaciones auditivas persistentes desde hacía 25 años, sin manifestaciones conductuales disruptivas. Durante evolución, se mantuvo funcionalmente estable, realizando labores domésticas y encargándose del cuidado de su nieto. Continuó bajo tratamiento farmacológico con antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del ánimo. Llevaba siete meses de abstinencia completa de sustancias, logrando estabilización clínica a través del programa de adicciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este caso ilustra la complejidad diagnóstica entre psicosis primaria y sintomatología psicótica secundaria a trauma complejo. La evaluación incluyó estudios de neuroimagen y electroencefalografía, descartando etiología orgánica. El abordaje integró tratamiento psicofarmacológico, intervención comunitaria y rehabilitación psicosocial, resaltando la necesidad de un enfoque interdisciplinario, continuo y centrado en el trauma.

PALABRAS CLAVE

Trastorno por Estrés Postraumático; Abuso Sexual Infantil; Abuso de Inhalantes; Trastornos Psicóticos; Trastornos Disociativos.

TÍTULO DEL TRABAJO	TIFUS DE LOS MATORRALES, UNA ENFERMEDAD ENDÉMICA DEL SUR DE CHILE. A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC).
CATEGORÍA	b) Medicina interna
AUTOR	Barra Cortés Magdalena (1).
CO-AUTORES	López Godoy Catalina (2), Latorre Barbano Martina (3).
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, CESFAM de Dalcahue, Dalcahue. (2) Médica General de Zona, Hospital de Chanco, Chanco. (3) Médica General de Zona, Hospital de Curacaví, Curacaví.
INTRODUCCIÓN	El tifus de los matorrales (TM) es una enfermedad infecciosa endémica del sur de Chile causada por una rickettsia, <i>Orientia spp</i> , presente en ácaros que infestan a roedores. Entre sus factores de riesgo destaca el contacto con vegetación, leña o suelo en zonas rurales. El espectro de presentación clínica es amplio, desde casos no febriles hasta falla multiorgánica, siendo la tríada clásica compuesta por fiebre, exantema y escara negra en sitio de inoculación. Se presenta el caso de una paciente que consulta en atención primaria, su estudio y manejo.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 40 años, sin antecedentes conocidos, proveniente de zona rural de Chiloé. Consulta por un día de evolución de fiebre, calofríos, vértigo de horas de duración, hipoacusia bilateral y cefalea frontal. Niega caídas, trauma reciente, tinnitus u otalgia. Sin otros síntomas. Además, refiere lesión en piel de fosa cubital derecha de reciente aparición. Al examen físico destaca febril, taquicárdica, normotensa. En fosa cubital derecha presenta lesión ovalada de 4x1 mm, escara necrótica central, bordes levemente sollevantados, eritema circundante. Examen neurológico normal. Se toma muestra de la lesión y exámenes de sangre, además de notificar sospecha en Epivigila. Se deja tratamiento empírico con Doxiciclina, evoluciona con reacción adversa, por lo que se cambia a Azitromicina, completando 6 días. Al día siguiente con mejoría de síntomas. Exámenes de laboratorio destacan proteína C reactiva (PCR) en 65.2 mg/dL y elevación de transaminasas. Muestras de lesión y sangre se informan positivas para <i>Orientia spp</i> . Se controlan exámenes un mes después, con descenso de transaminasas y normalización de PCR. Lesión cutánea resuelve en 4 semanas.

DISCUSIÓN Y Se destaca la importancia de la sospecha diagnóstica de TM cuando
CONCLUSIONES existen factores de riesgo en áreas endémicas del país. El tratamiento oportuno resuelve el cuadro y evita su evolución a casos graves.

PALABRAS Chile, Infecciones por Rickettsia, Tifus de los matorrales.
CLAVE

TÍTULO DEL CALCULO CORALIFORME EN PACIENTE CON INFECCIONES URINARIAS
TRABAJO RECURRENTES, A PROPOSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA H) Especialidades (Urología)

AUTOR Saldías Durán Diego (1)

CO-AUTORES Mahuzier Campodónico Martín (1), Mariñan Maribur Daniela (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Santa Barbara, Santa Bárbara (2)
Médico General, Hospital de Santa Barbara, Santa Bárbara

INTRODUCCIÓN En Chile, la urolitiasis es una patología de alta prevalencia, siendo una causa frecuente de consulta en atención primaria y urgencias. Dentro de sus formas más complejas, están los cálculos coraliformes que se caracterizan por ocupar gran parte del sistema pielocalicial y estar asociados a infecciones urinarias (ITU) recurrentes. Estos cálculos, están vinculados comúnmente a bacterias ureasa-positivas como *Proteus mirabilis*. Representan un reto clínico por su riesgo de progresión a insuficiencia renal y sepsis.

PRESENTACIÓN Paciente femenina de 48 años con antecedentes de litiasis renal e ITU
DEL CASO recurrente, que consulta por dolor lumbar derecho, sensación febril y hematuria macroscópica de tres días de evolución. Dentro de exámenes destaca orina completa con leucocitos, urocultivo positivo para *Proteus mirabilis* y elevación de parámetros inflamatorios. Se toma tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis que reveló un cálculo coraliforme derecho de 4 cm con hidronefrosis moderada. Se inició antibioticoterapia intravenosa y analgesia, seguida de nefrolitotomía percutánea (NLPC), logrando una evolución favorable, con resolución de la infección y mejoría de la función renal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El manejo de estos cálculos continúa siendo desafiante. La NLPC es el tratamiento de elección por su eficacia y baja morbilidad, aunque en casos complejos puede complementarse con litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) o cirugía abierta. Sin embargo, la LEOC puede generar fragmentación incompleta y mayor riesgo de recurrencia. En cuanto al diagnóstico, la TAC es el método más preciso, aunque su uso repetido implica exposición a radiación; por ello, la ecografía puede ser útil en el seguimiento. La detección precoz, el control de la infección y la extracción completa del cálculo son claves para evitar complicaciones y mejorar el pronóstico del paciente. Este trabajo nos permite analizar el abordaje diagnóstico y terapéutico, destacando la necesidad de un manejo integral y multidisciplinario para mejorar el pronóstico en estos pacientes.

PALABRAS CLAVE Urolitiasis, Infecciones urinarias, Cálculos coraliformes

TÍTULO DEL TRABAJO ONICOMADESIS SECUNDARIO A ENFERMEDAD MANO-PIE-BOCA:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA c) Pediatría y Cirugía Infantil

AUTOR Albornoz Mora Alberto Anselmo (1),

CO-AUTORES Roa Ramírez Bárbara Marlen (2), Castelli Abarca Fiorenza Belén (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Laja, Laja
(2) Médico General de Zona, Cesfam de Quilleco, Quilleco

INTRODUCCIÓN La onicomadesis es un trastorno de las uñas caracterizado por la separación de la placa ungueal del lecho ungueal, comenzando en su extremo proximal, lo que eventualmente puede llevar al desprendimiento de la uña. Esto se ha asociado con diversas condiciones clínicas, incluyendo infecciones, enfermedades autoinmunes y efectos secundarios de medicamentos. Una de las causas más comunes es la infección por el virus Cocksackie, especialmente en el contexto de la enfermedad mano-pie-boca (EMPB), que es frecuente en niños.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 4 años consultó por cuadro de 5 días de evolución caracterizado por fiebre y malestar general. Evolucionó con vesículas dolorosas en boca asociado a aparición de exantema papulovesicular en manos y pies con compromiso palmo-plantar. Se interpretó como EMPB y se envía a domicilio con tratamiento sintomático. Paciente volvió a consultar 4 semanas después por separación de la placa ungueal, lo cual generó desprendimiento de varias uñas de ambas manos. Dado antecedente, se interpreta onicomadesis secundaria a EMPB.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La onicomadesis se ha asociado frecuentemente con infecciones por coxsackievirus A6 y A10, que son comunes en los brotes de EMPB. Estos virus pueden afectar el crecimiento de la matriz ungueal, lo que lleva a la interrupción del crecimiento de la uña y, eventualmente, al desprendimiento como sucedió en el caso clínico presentado. Aunque el mecanismo exacto no está completamente dilucidado, se ha sugerido que la infección viral puede dañar directamente la matriz ungueal o inducir una respuesta inflamatoria que interfiere con el crecimiento normal de la uña. Es importante destacar que la onicomadesis es generalmente un fenómeno transitorio, con la regeneración espontánea de las uñas en un período de uno a cuatro meses. Sin embargo, el reconocimiento de las causas subyacentes es crucial para el manejo adecuado de los pacientes afectados.
PALABRAS CLAVE	Onicólisis, Enfermedad de boca, mano y pie, Infecciones por Coxsackievirus

TÍTULO DEL TRABAJO	PTOSIS RENAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Albornoz Mora Alberto Anselmo (1),
CO-AUTORES	Roa Ramirez Bárbara Marlen (2), Sáez Chávez Sofía Beatriz (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General De Zona, Hospital de Laja, Laja (2) Médico General De Zona, Cesfam Quilleco, Quilleco
INTRODUCCIÓN	El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente de los servicios de urgencia, siendo un desafío para los clínicos llegar a su causa originaria. Es amplio el espectro de diagnóstico diferencial siendo algunos de carácter urgente y frecuente de tratar, mientras que otros benignos pero poco conocidos. La nefroptosis o ptosis renal es una patología benigna poco frecuente, que hace alusión a la caída de un riñón de su sitio anatómico. En muchas ocasiones es de carácter asintomático, pero en otras puede generar dolor intenso, náuseas, vómitos o síntomas urinarios.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 29 años, sin antecedentes mórbidos o quirúrgicos, consultó en un servicio de urgencia de baja complejidad por dolor abdominal, tipo cólico, intenso, de 2 horas de evolución. Al examen físico, impresionó agitado con fascie dolorosa, con resistencia muscular abdominal, sensible en cuadrante inferior derecho, sin evidentes signos de irritación peritoneal. Se tomó laboratorio que destacó parámetros inflamatorios bajos, lipasa y amilasa normal. Se administró analgesia, con escasa respuesta, por lo que se derivó a centro de mayor complejidad para complementar estudio. Se realizó Tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen que evidenció riñón derecho ubicado en la excavación pelviana. Sin otros hallazgos relevantes. Evaluado por el cirujano de turno, se decidió tratamiento conservador con analgesia ambulatoria.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La ptosis renal es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo de características benignas. Habitualmente su manejo es conservador, siempre cuando no se asocia a dolor recurrente o a nefropatía obstructiva. Esta entidad puede ser fácilmente confundida con patologías

de carácter urgente. Es importante considerar la ptosis renal como causa de dolor abdominal de origen desconocido.

**PALABRAS
CLAVE**

Dolor abdominal, Riñón, Tomografía Computarizada por Rayos X

**TÍTULO
DEL
TRABAJO**

PANCREATITIS POR HIPERCALCEMIA SECUNDARIA A HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO:

CLASE

Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA

d) Cirugía

AUTOR

Albornoz Mora Alberto Anselmo (1),

CO-AUTORES

Roa Ramirez Bárbara Marlen (2), Reyes Intveen Catalina Andrea (1)

AFILIACIÓN

(1) Médico General De Zona, Hospital de Laja, Laja (2) Médico General De Zona, Cesfam Quilleco, Quilleco

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) corresponde a un proceso inflamatorio pancreático que se puede originar por diversas causas: en nuestro medio, las principales son la causa litiásica, la secundaria a hipertrigliceridemia o ingesta excesiva de alcohol. No obstante, existen otras etiologías; dentro de ellas, existe la hipercalcemia secundaria a hipertiroidismo primario (prevalencia descrita de 1,5 - 8%). El mecanismo fisiopatológico involucra la pérdida del mecanismo regulatorio de la parathormona, generando un efecto hipercalcemiante que favorece el depósito de calcio en los conductos pancreáticos y la subsecuente activación de enzimas pancreáticas, desencadenando el proceso inflamatorio.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente masculino de 74 años, con antecedentes de dislipidemia, hipertensión arterial y artrosis. Tiene antecedente de pancreatitis aguda reciente que requirió hospitalización sin lograr diagnóstico etiológico, dado de alta por mejoría sintomática. Reconsultó en el servicio de urgencias por compromiso del estado general, fiebre y dolor abdominal difuso. Se realiza estudio ampliado destacando pancreatitis aguda Balthazar C, sin litiasis asociada, sin hipertrigliceridemia, sin historia de abuso de alcohol. Se hospitaliza para manejo de sepsis de origen abdominal y estudio etiológico. Durante su hospitalización destaca hallazgo de hipercalcemia leve asociado a calciuria abundante. Se realizó

estudio dirigido destacando hormona paratiroidea de 329 pg/ml, compatible con hiperparatiroidismo primario. Ecografía de cuello descrito como normal. Evolucionó con hipercalcemia persistente, requiriendo bifosfonatos para su manejo, con buena respuesta. Evaluado de forma posterior por cirugía de cabeza y cuello, se decide resolución quirúrgica de forma diferida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Es importante considerar dentro del estudio causas menos frecuentes de PA, como la hipercalcemia, sobre todo cuando se descartan activamente causas habituales o se presentan recurrencia de PA. Este caso es un claro ejemplo de que es necesario un enfoque amplio y sistemático de los casos sin causa clara, con la finalidad de realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

PALABRAS CLAVE Pancreatitis, Hipercalcemia, Hiperparatiroidismo primario

TÍTULO DEL TRABAJO PARÁLISIS FACIAL EN UN RECIÉN NACIDO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. REPORTE DE CASO

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA c) Pediatría y Cirugía infantil

AUTOR 1)Janitza Andrea Norín Maldonado

CO-AUTORES 2)Rafael Andrés López Dubó
3)Hernán Francisco San Martín Toledo

AFILIACIÓN 1)Médica EDF CESFAM Llayllay
2)Médico EDF CESFAM Llayllay
3)Médico EDF Hospital de Licantén

INTRODUCCIÓN La parálisis facial en neonatos debe hacernos sospechar causas sindrómicas (1), buscando otros hallazgos. Presentamos un caso asociación CHARGE, acrónimo que involucra diferentes malformaciones (Coloboma, H: cardiopatía, Atresia de coanas, Retraso del crecimiento, G: hipoplasia genital y E: anomalías auditivas)(2), con una prevalencia de 1:10.000 (3), generando un desafío diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO Lactante de 37 semanas, madre diabética con mal control. Al nacer, Apgar 9-9, con parálisis facial derecha. Hospitalizada en neonatología para estudio por cardiopatía congénita, coloboma derecho, agenesia derecha,

microtia izquierda y parálisis facial derecha. Se solicitan potenciales auditivos (pasa ambos oídos) + escáner cavidades paranasales por sospecha estenosis de la apertura piriforme, normal. Cariotipo: sin alteraciones numéricas, ni estructurales. Sin otros estudios genéticos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso, corresponde a un Síndrome de CHARGE atípico, según Verloes (4). Como médicos generales, podemos sospechar, al encontrar parálisis facial neonatal, disfagia, hipoacusia, malformaciones auriculares, coloboma y/o soplo cardíaco. No es necesario cumplir con los criterios clásicos, para derivar oportunamente. En el caso presentado, se realizó manejo por diferentes especialidades, permitiendo grandes avances. La importancia de sospechar, a pesar de no contar con estudio genético más acabado y no cumplir con los criterios clásicos, permite cambiar una vida.

PALABRAS CLAVE Síndrome CHARGE, asimetría facial, anomalías congénitas

TÍTULO DEL TRABAJO EDEMA EN EXTREMIDADES SUPERIORES COMO SÍNTOMA DE RABDOMIÓLISIS ASOCIADA A EJERCICIO. REPORTE DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Salgado Zambrano Piero Nicolás (1),

CO-AUTORES Taha Córdova Natalia Francisca (1), Barrueto Weisse Pablo Arnoldo (2).

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Chonchi, Chonchi. (2) Médico General de Zona, CESFAM Puqueldón, Puqueldón.

INTRODUCCIÓN La rabdomiólisis se define como la necrosis aguda del músculo estriado con consecuente liberación de mioglobina, electrolitos y enzimas musculares. Las causas se clasifican en traumáticas o no traumáticas, estas últimas pueden estar o no asociadas a esfuerzo. Clínicamente se caracteriza por la tríada de mialgias, debilidad muscular y orina oscura pero ésta solo se presenta del 1% al 10% de los casos. En el laboratorio su sello distintivo es la elevación de la creatincinasa (CK) y otras enzimas musculares. El diagnóstico precoz es fundamental para su manejo, ya que el tratamiento con hidratación agresiva evita que el cuadro progrese a una insuficiencia renal aguda.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta caso posterior a consentimiento informado. Paciente de sexo masculino, de 31 años, practicante de karate, inició con ejercicios de fuerza en gimnasio evolucionando con dolor en extremidades superiores y sensación de debilidad que cedió al cuarto día, al décimo día inició con edema en ambos codos, sin otros síntomas asociados, por lo que consultó en servicio de urgencias. Se solicitaron exámenes donde destacó elevación de la aspartato y alanina aminotransferasas, Dímero D y una CK total mayor a 22.000, con función renal conservada y angio-tomografía de extremidades superiores con edema difuso y simétrico en tejido celular subcutáneo. Se decidió hospitalizar para hidratación endovenosa con buena respuesta.		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El edema en la rabdomiólisis se produce por daño endotelial secundario a la inflamación generada por la liberación de citoquinas posterior a la necrosis de las células musculares. Este signo clínico puede estar subdiagnosticado ya que suele ser autolimitado en pacientes jóvenes, depende de la sospecha clínica y puede asociarse a múltiples causas. Como se mencionó previamente, es necesario mantener la sospecha frente a pacientes con una causa potencial de rabdomiólisis, incluso si no presenta los síntomas clásicos, ya que un manejo precoz mejora ampliamente el pronóstico.		
PALABRAS CLAVE	Edema, Ejercicio Físico, Rabdomiólisis.		
TÍTULO DEL TRABAJO	QUERATODERMIA POR LOSARTAN, A PROPÓSITO DE UN CASO.		
CLASE	ESPECIALIDADES (DERMATOLOGIA)		
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)		
AUTOR	Hidalgo Alvarado Brayan (1)		
CO-AUTORES	Latorre	Sanhueza	Diego (2)
	Ocampo Sepúlveda	Javiera	(1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM de Dalcahue, Dalcahue. (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr René Tapia Salgado, Castro.		
INTRODUCCIÓN	Las queratodermias son un grupo heterogéneo de enfermedades que cursan con un engrosamiento anormal de la piel; las secundarias a medicamentos son una causa infrecuente, pero en aumento. Se presenta el caso de un paciente con queratodermia por losartan, un medicamento		

ampliamente utilizado en la práctica diaria por lo que reconocer esta reacción adversa es primordial.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 62 años con antecedente de hipertensión arterial diagnosticada hace 1 mes que inicia tratamiento con losartán 50mg 1 comprimido día, acude a consulta posterior a realizarse una hernioplastia inguinal sin complicaciones hace 2 semanas, además de evidenciar la aparición de placas hiperqueráticas a nivel palmar bilateral de similar data, con sensación de piel tensa y prurito, se indaga en exposiciones laborales o tóxicos, cambios en productos de limpieza o irritantes sin precisar causalidad. Por lo que dado asociación temporal con inicio de terapia antihipertensiva, esta se suspende y se inicia tratamiento sintomático con vaselina y antihistamínicos; al control semanal se evidencia disminución de lesiones hasta la resolución total posterior a 1 mes, se procede a notificar mediante formulario de reacción adversa a medicamentos de farmacia local e inicia otro agente antihipertensivo, sin presentar recidivas.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En el caso anterior la temporalidad fue clave para plantear el diagnóstico y la respuesta a la suspensión del medicamento fue inmediata. Para el abordaje de las queratodermias es medicamentosos y búsqueda de síntomas sistémicos dado que un porcentaje se ha asociado a síndromes paraneoplásicos. Los medicamentos asociados con mayor frecuencia son la metildopa, litio, arsénico, hidroxurea entre otros. De ser necesario se puede proceder con biopsia cutáneas sobre todo en caso de recidivas o la no respuesta a las terapias, el cual consiste en queratolíticos, retinoides o corticoides tópicos hasta la dermoabrasión o cirugía, para casos severos.
PALABRAS CLAVE	Losartán, Queratodermia, Reacción adversa a medicamento.

TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE LA BOCA ARDIENTE COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE UN TRASTORNO ANSIOSO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Otorrinolaringología)
AUTOR	Albornoz Mora Alberto (1),
CO-AUTORES	Roa Ramírez Bárbara Marlen (2), Castelli Abarca Fiorenza Belén (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General De Zona, Hospital de Laja, Laja (2) Médico General De Zona, Cesfam Quilleco, Quilleco
INTRODUCCIÓN	La Disestesia oral, o síndrome de la boca ardiente es una sensación urente dolorosa que puede afectar una parte o toda la cavidad oral de manera crónica y frecuente. Su prevalencia es muy variable en la población y existen diversas causas que la pueden generar como secundario a alteraciones locales, sistémicas o psicológicas, o causas idiopáticas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 36 años con antecedentes de trastorno de ansiedad y gastritis crónica. Sin consumo de medicación crónica, sin antecedentes familiares significativos. Consultó por cuadro de meses de evolución de sensación de ardor en boca y en ocasiones con sensación de pelos en la boca. Se alivia con el cepillado de dientes, y con hidratación constante. Sin gatillantes claros. De forma dirigida refirió sensación de reflujo, tos nocturna, boca seca y amarga matinal. Sin disfonía, sin baja de peso, sin sudoración nocturna. Sin historia de lesiones en cavidad oral. Fue evaluada por odontólogo descartando patología oral que justificara sintomatología. Se solicitaron exámenes generales para estudio inicial, donde sólo destacó prueba de sangre oculta en deposiciones positivas. Se realizó endoscopia digestiva alta evidenciado Gastropatía antral congestiva, con prueba de ureasa negativa. Sin otras lesiones. Se indicó prueba terapéutica con omeprazol a doble dosis por un mes, sin mejoría. Evaluada nuevamente, se indaga en salud mental destacando aumento de sintomatología ansiosa desde hace meses, en concomitante a aumento de estresores. Dado estudio inicial negativo para patología orgánica, se decidió iniciar tratamiento con escitalopram, clonazepam y psicoterapia, logrando disminución significativa de síntomas.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Al ser de causa multifactorial, es relevante realizar una adecuada anamnesis y estudio de laboratorio para lograr un diagnóstico y tratamiento certero. Existe comorbilidad entre los pacientes con

patología psiquiátrica y boca ardiente por lo que debe considerarse como una opción diagnóstica posterior a un estudio inicial.

PALABRAS CLAVE Disestesia, Glosalgia, Síndrome de Boca Ardiente

TÍTULO DEL TRABAJO TUMOR GLOMICO UN DIAGNOSTICO INFRECIENTE, A PROPOSITO DE UN CASO

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA H) Especialidades (Dermatología)

AUTOR Hidalgo Alvarado Brayan (1)

CO-AUTORES Bendek Venegas Carolina (2)
Carrera Flores Florencia (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM de Dalcahue, Dalcahue. (2) Médico General de Zona, CESFAM de Cunaco, Nancagua. (3) Médico General de Zona, CESFAM las Américas, Talca.

INTRODUCCIÓN El tumor glómico (TG) es un tumor vascular benigno infrecuente, derivado del cuerpo glómico neuromioarterial, en la literatura el diagnóstico tiene un retraso promedio de 7 años, desde los primeros síntomas, por lo que su sospecha y conocimiento es primordial, se presenta el siguiente caso, con posterior exposición de síntomas que hubieran ayudado a un diagnóstico aún precoz.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina de 22 años consulta por 2 semanas de dolor en 5to dedo de mano derecha en relación a falange distal que irradia a muñeca, no logrando precisar ubicación clara y se intensifica al ejercer presión sobre el pulpejo, sin traumatismos o lesiones en piel, se realiza estudio con radiografía sin evidenciar lesiones y posterior manejo con analgésicos y kinesioterapia por sospecha de tendinitis. Re consulta en 2 ocasiones en un lapso de 6 meses por persistencia de sintomatología, realizando ecografía con hallazgo de: imagen sólida vascularizada a nivel subungueal de 5to dedo y resonancia magnética (RM) con: lesión tumoral sólida en dorso ungueal. Se pierde continuidad de atención, realizando de manera particular cirugía y biopsia que confirman presencia de un TG.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES En el caso expuesto transcurrieron aproximadamente 13 meses desde la primera consulta hasta la resolución y diagnóstico definitivo, lo cual, aunque inferior al promedio, evidencia un retraso importante. Existen signos que pueden ayudar a aumentar la sospecha, como el signo de Love con sensibilidad del 100% y especificidad del 0%, el signo de Hildreth o la prueba del frío. El uso de RM ayuda al diagnóstico, pero no es un examen ampliamente difundido. Su tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica dado lo invalidante del dolor, extremando la precaución de una escisión completa por su alta recidiva.

PALABRAS CLAVE Extremidad superior, Mano, Tumor glómico

TÍTULO DEL TRABAJO HIGROMA QUÍSTICO: RELEVANCIA DE LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA e) Ginecología y obstetricia

AUTOR Ramírez Flores Javiera (1)

CO-AUTORES Quiroga Ferreira Felipe (2), Saavedra Opazo Joaquín (3), Ramírez Flores Benjamín (4)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Huépil, Huépil
(2) Médico General de Zona, Hospital de Huépil, Huépil
(3) Médico General de Zona, CESFAM Ñipas, Ránquil
(4) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción

INTRODUCCIÓN La ecografía obstétrica es esencial en el seguimiento del embarazo, permitiendo visualizar alteraciones estructurales y malformaciones que podrían afectar el pronóstico de la gestación. En atención primaria, donde usualmente no hay especialistas, la primera ecografía es realizada por médicos generales o matrones/as capacitados en ecografía obstétrica. Su objetivo es confirmar el embarazo, establecer el número de fetos, verificar la viabilidad gestacional y calcular la edad gestacional, permitiendo el ingreso al control prenatal. Luego, las gestantes son derivadas a centros de mayor complejidad para realizar ecografías del primer y segundo trimestre por especialistas. El higroma quístico es una malformación congénita causada por acumulación de linfa en los sacos linfáticos yugulares, principalmente en la región cervical fetal. Se asocia a un mayor riesgo de aneuploidías,

malformaciones estructurales y complicaciones como hidrops fetal, muerte fetal intrauterina y neonatal.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente de 23 años, primigesta, sin antecedentes mórbidos, acude a ecografía precoz en el Hospital de Huépil. Se visualiza un feto único, vivo, intrauterino, con edad gestacional de 9+5 semanas. Se observa aumento de volumen en el polo cefálico, por lo que se deriva con sospecha de higroma quístico. En Hospital de Los Ángeles, a las 12+4 semanas, una ecografía muestra una imagen tabicada, econegativa en región cervical, compatible con higroma quístico. A las 20+3 semanas nueva ecografía confirma higroma quístico e hidrops fetal. Se realiza amniocentesis para estudio genético y se hospitaliza para interrupción del embarazo según Ley n°21.030 (segunda causal).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La ecografía obstétrica precoz en atención primaria, especialmente en zonas con acceso limitado a especialistas, debe ser realizada por personal capacitado para identificar malformaciones estructurales tempranas y derivar oportunamente a centros de mayor complejidad. La detección de hallazgos como el higroma quístico en el primer trimestre requiere entrenamiento en criterios ecográficos básicos y protocolos de derivación definidos.

PALABRAS CLAVE Complicaciones del Embarazo, Embarazo, Ultrasonografía Prenatal.

TÍTULO DEL TRABAJO HERPES ZÓSTER OFTÁLMICO COMO CAUSA DE CELULITIS PERIORBITARIA Y SU ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO:

CLASE Caso clínico.

CATEGORÍA h) Especialidades (Otorrinolaringología, Oftalmología).

AUTOR Latorre Barbano Martina (1).

CO-AUTORES Barra Cortes Magdalena (2), López Godoy Catalina(3).

AFILIACIÓN (1) Médica General de Zona, Hospital de Curacaví, Curacaví. (2) Médica General de Zona, CESFAM de Dalcahue, Dalcahue. (3) Médica General de Zona, Hospital de Chanco, Chanco.

INTRODUCCIÓN El herpes zóster oftálmico representa entre el 10-25% de los casos de herpes zóster y puede asociarse a complicaciones graves como la celulitis periorbitaria, que constituye hasta el 90% de las infecciones periorbitarias. Este caso clínico ilustra su presentación en APS, destacando la importancia del diagnóstico precoz y manejo coordinado para prevenir secuelas visuales.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 79 años, con hipertensión arterial, consulta en APS por cefalea, fiebre y dolor urente en la hemicara superior derecha de una semana de evolución, irradiado al ojo y la nariz ipsilateral. Posteriormente, presenta erupciones pápulo-pustulosa que evolucionan a costras. Es derivado al hospital base sin signos de compromiso neurológico, con eritema en el territorio del trigémino rama oftálmica derecha, respetando la línea media facial. Al ingreso, los exámenes de laboratorio muestran elevación de proteína C reactiva (63.5 mg/L), sin leucocitosis. La tomografía computarizada (TAC) de órbita evidencia inflamación del tejido adiposo subcutáneo frontal y peri orbitario derechos, además de sinusitis frontal derecha y etmoidal bilateral. TAC de cerebro no muestra alteraciones significativas. Se diagnostica Herpes Zóster facial con sobreinfección bacteriana, iniciando tratamiento con aciclovir por vía intravenosa, ceftriaxona y clindamicina por diez días. Dada la sospecha de compromiso ocular, es evaluado por oftalmología, que confirma Herpes Zóster oftálmico con uveítis anterior aguda. Se indica tratamiento con gotas oftálmicas de acetato de prednisolona y maleato de timolol. La evolución fue favorable, con seguimiento ambulatorio en oftalmología, sin secuelas visuales, y con resolución de las lesiones cutáneas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso muestra la complejidad del herpes zóster oftálmico con celulitis periorbitaria. Un enfoque multidisciplinario permitió un tratamiento eficaz, evitando complicaciones. Destaca la importancia del juicio clínico en APS, el uso de imágenes y la coordinación en red. Se recomienda

reforzar la educación continua en infecciones periorbitarias para prevenir discapacidad visual en adultos mayores.

PALABRAS CLAVE Celulitis periorbitaria, Herpes zóster oftálmico, Uveítis anterior.

TÍTULO DEL TRABAJO TIFLITIS EN PACIENTE CON SISTEMA INMUNOLÓGICO SANO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE b) Medicina interna

CATEGORÍA Caso clínico (CC)

AUTOR Vásquez Gaete, Javiera

CO-AUTORES

AFILIACIÓN (1) Médico General de zona, Posta salud rural Valle El Frío, Chaitén

TÍTULO DEL TRABAJO TIFLITIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO:

INTRODUCCIÓN La tiflitis, también llamada síndrome ileocecal o enterocolitis neutropénica, es la inflamación del ciego, provocando dolor en el cuadrante inferior derecho (CID) y fiebre, afectando a pacientes inmunodeprimidos con neutropenia. Su incidencia es del 3,5 y 5,3%. La resolución corresponde con la recuperación del recuento de neutrófilos. Al ser un cuadro poco frecuente, suele confundirse con otras patologías que afectan el CID, como apendicitis aguda, por lo cual, a propósito del siguiente caso clínico, importante reconocer su posible presencia, incluso en pacientes inmunológicamente normales.

PRESENTACIÓN DEL CASO Femenina de 73 años, con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemia, consulta en posta de salud rural por cuadro de 3 días de evolución de dolor abdominal cólico en CID, asociado a diarrea y fiebre. Examen físico, destaca hipotensa, taquicárdica, febril y dolor al palpar abdomen. Ante sospecha de shock séptico por abdomen agudo (AA), se deriva a hospital de baja complejidad. En exámenes de laboratorio destaca leucocitos 7.800xmm³, recuento absoluto de neutrófilos normal, Proteína C reactiva 225mg/dl, sin otros hallazgos. Por mala respuesta a reanimación con fluidos se traslada a hospital de alta complejidad, ingresando en mejores condiciones, afebril, presión arterial normal y asintomática. Para descartar AA se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis sin contraste, informando engrosamiento parietal del

ciego e íleon distal sugerentes de tiflitis. Por buena evolución clínica y exámenes favorables con coprocultivo negativo, es dada de alta con medidas generales y antibióticos. En control, paciente con evolución adecuada, asintomática, sin complicaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso logra reportar una tiflitis aguda en persona no inmunocomprometida, encontrando escasos casos reportados en la bibliografía, que concuerdan su presentación en adultos mayores con múltiples morbilidades, con síntomas de dolor abdominal en CID, fiebre y náuseas. Este diferencial de AA no requiere manejo quirúrgico, solo medidas farmacológicas.

PALABRAS CLAVE Abdomen agudo, Antibióticos, Sistema inmune, Tiflitis.

TÍTULO DEL TRABAJO OBSESIONES DISFRAZADAS DE PSICOSIS: DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA h) Especialidades

AUTOR Yucra Morales Constanza (1)

CO-AUTORES Arispe Cayo Vanessa (2), Favre Rodríguez Lorena (3)

AFILIACIÓN (1) Medico General de Zona, CESFAM Victor Bertin Soto, Arica
(2) Medico General de Zona, Posta San Miguel de Azapa, Arica
(3) Médico en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Víctor Bertín Soto, Arica

INTRODUCCIÓN El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) tiene como parte de sus diagnósticos diferenciales la psicosis, siendo relevante diferenciar las obsesiones y compulsiones de las ideas delirantes, dado que las duraciones más prolongadas de la psicosis no tratada se asocian con niveles más bajos de recuperación sintomática y funcional del primer episodio psicótico y el TOC no tratado suele seguir un curso crónico. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de atención primaria donde consultan por “escuchar voces” y la sospecha inicial conduce a un correcto diagnóstico y manejo oportuno.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino adulto joven consultó por cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por escuchar voces que le indicaban realizar acciones, como evitar pisar las líneas del suelo, cerrar con llave la puerta

de su pieza, revisar varias veces que estuviera cerrada, al ducharse no apoyar la planta del pie completa, si no realizaba las acciones indicadas alguien podría morir. No entendía porque debía hacer caso, solo explicaba que debía realizarlas aunque le incomodaban, pero en ocasiones intentó resistirse. Se caracterizó la “voz” como un pensamiento o idea persistente, egodistónico, compatible con obsesiones, y los comportamientos repetitivos realizados eran compatibles con compulsiones. Se inició fluoxetina, con mejora en intensidad y frecuencia de pensamientos. Se evaluó caso en consultoría con psiquiatra adulto, se descartó juicio realidad alterado, se descartó psicosis asociada al cuadro y se confirmó el TOC, se indicó aumento progresivo de fluoxetina. Se solicitó consentimiento informado para presentación de caso clínico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El TOC y la psicosis pueden ser similares, por lo anterior es importante indagar acuciosamente en la clínica del usuario y caracterizar la sintomatología presentada, buscando diferenciar obsesiones y compulsiones de delirios, para lograr un diagnóstico precoz y tratamiento acorde.

PALABRAS CLAVE Alucinaciones, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastornos Psicóticos.

TÍTULO DEL TRABAJO CANCER DE PENE ULCERADO EN USUARIO DE ZONA AISLADA, A PROPOSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA h) Especialidades (Urología)

AUTOR Silva Cuello Symón (1)

CO-AUTORES	Correa Barría Ignacio (1), González Born Daniel (1), Reyes Soto Camila (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Dr. Augusto Essmann Burgos, Puerto Natales
TÍTULO DEL TRABAJO	CANCER DE PENE ULCERADO EN USUARIO DE ZONA AISLADA, A PROPOSITO DE UN CASO:
INTRODUCCIÓN	El cáncer de pene es una enfermedad poco frecuente, cuya incidencia aumenta en regiones con recursos limitados, como ciertas áreas de África, Asia y Sudamérica. Suele afectar a hombres mayores, con una edad promedio de diagnóstico cercana a los 60 años. Entre los factores de riesgo se incluyen las verrugas genitales, infecciones del tracto urinario, estenosis uretral, obesidad y tabaquismo. Clínicamente, se manifiesta como una lesión cutánea o una masa palpable en el pene, y entre un 30 a 60 % de los casos presenta adenopatías inguinales asociadas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 62 años, que proviene de una isla remota de los fiordos patagónicos, con antecedente de diagnóstico de cáncer de pene hace dos años, pero abandono controles médicos, acude a servicio de urgencias de un hospital de mediana complejidad, por una ulcera peneana de 2 años de evolución que aumentó progresivamente de tamaño hasta no poder identificar el pene y exponer tejido subcutáneo, asociándose a dolor, orina por rebalse y sangrado. Al examen físico destaca ulcera de gran tamaño en región pélvica, profunda, con exposición de tejido celular subcutáneo, con necrosis, cambios de coloración con tejido desvitalizado, fétido, secreción fluida que impresiona orinas, bordes definidos, piel circundante eritematosa, indurada, con calor local, sin evidencia de pene. Se realiza estudio en el que destaca anemia severa y la tomografía computarizada evidencia adenopatía inguinal izquierda, sin signos de diseminación a distancia. Posteriormente paciente es derivado a Hospital de referencia, en donde se realiza aseo quirúrgico, sin poder identificar uretra, por lo que se realiza cistostomía abierta y biopsia de adenopatía inguinal.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso evidencia la importancia de una adecuada adherencia al tratamiento y seguimiento médico en el cáncer de pene, ya que la progresión local y sistémica de la enfermedad puede generar severas complicaciones que afectan gravemente la calidad de vida del paciente.
PALABRAS CLAVE	Cistotomía, Linfadenopatía, Neoplasias del pene.

TÍTULO DEL TRABAJO	DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE ARNOLD CHIARI EN UN ADULTO MAYOR: UNA ENTIDAD POCO COMÚN PERO CON SÍNTOMAS MUY COMUNES:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Neurocirugía)
AUTOR	Fernández Vallejos Francisca (1)
CO-AUTORES	López San Martín Camila (2), Larraguibel Uteau Camila (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Carmela Carvajal, Puerto Montt. (2) Médico General de Zona, CESFAM Las Mercedes, Estación Central (3) Médico General de Zona, CESFAM Angelmó, Puerto Montt.
INTRODUCCIÓN	La malformación de Chiari es una alteración anatómica de la base del cráneo donde se produce herniación de estructuras del cerebelo y tronco encefálico a través del foramen magnum hacia el canal cervical. Es una enfermedad poco frecuente y de presentación clínica variada, incluyendo cefalea suboccipital y/o cervicalgia de distribución radicular, que aumentan al valsalva. Se diagnostica mediante Resonancia magnética cerebral y cervical. El diagnóstico se realiza meses o años después de comenzar la sintomatología y el tratamiento es quirúrgico en pacientes sintomáticos, mediante descompresión de la fosa posterior.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se trata de paciente de 62 años con historia de cervicalgia de larga data irradiado a extremidades superiores, a quien luego de varias consultas se le solicita estudio con Resonancia magnética evidenciando discopatía, estenosis foraminal y del canal raquídeo a nivel cervical, asociado a descenso de las amígdalas cerebelosas por el foramen magno, compatible con Síndrome de Arnold Chiari I. Neurocirujano indica que la sintomatología principal sería secundaria a su patología degenerativa de la columna, no considerando pertinente la indicación quirúrgica del Sd Arnold Chiari. Paciente firma consentimiento informado para presentar su caso.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Al ser una patología cuyo diagnóstico se realiza con Resonancia magnética y que suele ser oligosintomática, es probable que exista un subdiagnóstico de la misma. Su etiopatogenia no está clara, pero sabemos que se puede asociar a otras malformaciones del sistema nervioso central, las cuales en gran mayoría han disminuído gracias a las políticas de salud pública como el fortalecimiento de harina con ácido fólico y la suplementación del mismo en embarazadas. Si bien en este caso la sintomatología no se determinó como secundaria a la malformación, es

un diagnóstico que debe ser valorado por sus eventuales complicaciones y que se debe considerar prácticamente en todos los grupos etarios.

PALABRAS CLAVE Cervicalgia, Malformación de Arnold-Chiari, Sistema nervioso central

TÍTULO DEL TRABAJO DISPLASIA LUXANTE DE CADERA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA c) Pediatría y Cirugía Infantil

AUTOR Cortés Martínez Tamara (1)

CO-AUTORES Baabor Sommer Pablo (2), Peñaloza Cuadra Ignacio (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Francisco Labrin Coltauco, O'Higgins
(2) Médico General, Centro de Salud CAPREDENA Santiago, Santiago (3) Médico General de Zona, Hospital El Salvador de Peumo, O'Higgins

INTRODUCCIÓN La displasia luxante de caderas (DLP) comprende varias anomalías que afectan la articulación coxofemoral: la displasia, subluxación y luxación de la cadera. El concepto de displasia hace alusión a anomalías en los componentes estructurales de la articulación fémur, acetábulo o ambas. Corresponde a una de las patologías ortopédicas más prevalentes, afectando a un 0,1 a 3% de la población, y su incidencia varía según presencia o no de factores de riesgo, entre 1,5 a 20,7% por cada 1000 nacidos vivos. Dentro de los factores de riesgos se encuentra sexo femenino, presentación podálica, antecedentes familiares de DLC, signo de Ortolani-Barlow positivo, abducción limitada, y presencia de otras malformaciones especialmente las de pie. La presencia de factores de riesgos es fundamental para la sospecha y apoyo diagnóstico de DLC.

PRESENTACIÓN DEL CASO Se presenta caso paciente femenina 3 meses y 14 días con antecedente de presentación podálica, madre con antecedente de DLC, al examen físico destacó signo de Ortolani positivo en cadera izquierda, signo de Barlow dudoso, asimetría de pliegues glúteos, limitación leve en la abducción de la cadera izquierda. Se indicó estudio con radiografía de pelvis con ángulo acetabular menor de 30°, tras alta sospecha en examen físico y factores de riesgo se indicó ecografía que indica ángulo alfa mayor a 60° en cadera

izquierda, se derivó a traumatología infantil e indicó uso de arnés de Pavlik.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El éxito del tratamiento de la DLC se basa en el diagnóstico precoz. La radiografía de pelvis es buen método de screening, su sensibilidad es cercana al 90% y su especificidad alcanza el 97%, pero ante una radiografía sin hallazgos, pero con alta sospecha clínica, ya sea por examen físico compatible o factores de riesgo se sugiere complementar con ecografía. El objetivo de la confirmación es disminuir las complicaciones e interrumpir la historia natural de la DLC.

PALABRAS CLAVE Articulación, Caderas, Pelvis

TÍTULO DEL TRABAJO DERMATOLOGÍA COMO UNA VENTANA A LO SISTÉMICO. A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (cc)

CATEGORÍA h) Especialidades (dermatología)

AUTOR Salinas Arraño Gonzalo (1)

CO-AUTORES Maldonado Fuentes Carolina (1), Uribe Cortés Francisco (1)

AFILIACIÓN (1) Médico/a EDF, Hospital Jorge Ibar Bruce, Puerto Cisnes

INTRODUCCIÓN La evaluación de la piel como órgano de fácil acceso puede reflejar numerosas enfermedades sistémicas, en las que, en muchos casos, el único hallazgo evidente al examen físico puede ser alguna manifestación cutánea. Es importante que, independiente del entorno en el que se trabaje, el clínico esté familiarizado con estas manifestaciones, ya que son de gran utilidad para una sospecha diagnóstica y manejo oportuno de enfermedades que pueden ser potencialmente graves. A continuación se expone el caso clínico de una usuario en el que se sospecha una enfermedad sistémica a raíz de las manifestaciones cutáneas identificadas.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente de 63 años con antecedentes de insuficiencia cardiaca recambio de válvula aórtica, consulta en policlínico por aparición de manchas violáceas en dedos de ambas manos, indoloro. Al interrogatorio dirigido el paciente refiere un mes de compromiso de estado general, fatiga y fiebre intermitente además de deterioro en su capacidad funcional. Al examen físico destaca subfebril 37,5°C, soplo aórtico de insuficiencia, murmullo pulmonar conservado con crépitos bibasales, a la inspección de la piel se evidencian máculas violáceas, pequeñas en ambas manos por su

cara palmar y dos lesiones hemorrágicas lineales en uñas de las manos. Con sospecha de endocarditis infecciosa, se deriva a urgencias donde se confirma diagnóstico y se inicia tratamiento con lo que el paciente evoluciona favorablemente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Múltiples enfermedades sistémicas se presentan con manifestaciones cutáneas específicas que ayudan a orientar la sospecha diagnóstica. Como puede desprenderse del caso clínico expuesto, es fundamental que los clínicos estén familiarizados con estas manifestaciones cutáneas, ya que son de gran utilidad para establecer diagnósticos oportunos de enfermedades sistémicas que pueden llegar a comprometer la vida de los usuarios e instaurar así los respectivos tratamientos de forma oportuna.

PALABRAS CLAVE Dermatología, Endocarditis, Enfermedad Sistémica.

TÍTULO DEL TRABAJO HIDROSADENITIS SUPURATIVA, UN MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN ATENCION PRIMARIA:

CLASE h) Especialidades (Dermatología)

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Cifuentes Villalobos Antonia (1)

CO-AUTORES Barra Rodríguez Francisca (1)
Esperguen Núñez Josefa (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Vicuña, Vicuña Coquimbo. (2) Médico General de Zona, Departamento de Salud Municipal de Vicuña, Vicuña Coquimbo.

INTRODUCCIÓN La Hidrosadenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria, recurrente y debilitante del folículo piloso caracterizado por aparición de forúnculos, nódulos, abscesos que progresan a trayectos fistulosos con secreción maloliente, fibrosis y cicatrices hipertróficas, ubicadas en áreas corporales intertriginosas. Esta patología es de curso crónico y manejo complejo e individualizado, requiriendo una atención multidisciplinaria, siendo el médico de atención primaria quien desempeñe un papel importante, tanto en el diagnóstico precoz como abordaje terapéutico para remitir en lo posible el avance de la enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina, 35 años con antecedentes de obesidad, consulta por lesiones retroauriculares, faciales, pliegues mamarios, axilares e inguinales dolorosas asociada a secreción maloliente. Lo que genera anhedonia, angustia y aislamiento social. Al examen físico se observan nódulos, forúnculos y cicatrices fistulizadas en dichas zonas. Se diagnóstica HS Hurley III y se deriva por teledermatología para apoyo terapéutico. Se indica aseo local, reducción de trauma en zonas afectadas, tratamiento de obesidad, apoyo psicológico, educación sobre cronicidad, manejo con doxiciclina/resorcinol tópico y derivar a dermatología para evaluar uso de biológicos y cirugía general.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La HS es una enfermedad inflamatoria subyacente de un desequilibrio del sistema inmunológico en pacientes predispuestos genéticamente y expuestos a factores exógenos como tabaquismo, obesidad y estrés mecánico en piel. El diagnóstico es clínico y se clasifica en escala de Hurley para estratificar severidad. El tratamiento se divide en medidas generales (control de peso, cese de tabaco, ropa holgada, depilación laser y manejo del dolor), asociado a tratamiento topico-intralesionales, sistémicos, biológicos y quirúrgicos, los cuales dependerán del estadio de la enfermedad. El diagnóstico y tratamiento precoz puede ser prescrito desde atención primaria con apoyo psicológico, nutricional, médico y atenciones asincrónicas de especialistas contribuidas por hospital digital, con el fin de evitar secuelas tanto físicas como de calidad de vida en los pacientes.
PALABRAS CLAVE	Enfermedades de la piel, Inflamación, Dermatología.
TÍTULO DEL TRABAJO	LESIONES POLICÍCLICAS EN MIEMBROS INFERIORES. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS CUTÁNEA:
CLASE	Caso clínico
CATEGORÍA	h) Especialidades (Dermatología)
AUTOR	Rosas Rojas Bárbara (1)
CO-AUTORES	Salazar Mejías Ángela (1), Avello Díaz Hugo (1), Bermont Portilla Constanza (1).
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Curepto, Curepto.
INTRODUCCIÓN	Las reacciones adversas cutáneas a medicamentos (RAM-C) son manifestaciones clínicas inducidas por fármacos que afectan la piel, y pueden ir desde erupciones leves hasta afecciones graves. Las presentaciones más frecuentes incluyen erupción maculopapular,

urticaria, reacción de sensibilidad a medicamentos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS), y el síndrome de Stevens-Johnson. El diagnóstico depende de una evaluación clínica minuciosa y la identificación del fármaco sospechoso. Se presenta el caso de una paciente pediátrica con lesiones cutáneas atípicas para este cuadro.

PRESENTACIÓN DEL CASO Femenina de 13 años, previamente sana, consultó en urgencias por aparición de lesiones cutáneas anodinas en cara posterior de ambos muslos y edema doloroso de labios tras consumo de ibuprofeno el día previo por rinofaringitis. Al examen físico destaca edema labial y lesiones tipo mancha eritematosas de gran tamaño, simétricas, con patrón halo policíclico y centro normocoloreado, no pruriginosas, ni dolorosas. No había antecedentes personales, ni familiares de alergias, urticaria o angioedema. Se solicitaron exámenes, evidenciando IgE total elevada, eosinofilia y PCR discretamente aumentada, sin compromiso sistémico ni alteraciones en función renal o hepática. El test de Antiestreptolisina-O fue negativo. Se administró hidrocortisona EV, con posterior manejo ambulatorio con prednisona y loratadina por 7 días indicado vía teledermatología. La paciente evolucionó favorablemente con resolución de síntomas. Por la presentación clínica inusual para una RAM-C, se solicitó consentimiento informado para exposición.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Las lesiones policíclicas maculares no urticariales de bordes planos son una presentación atípica de RAM-C. Es fundamental tener un alto índice de sospecha de RAM-C ante la aparición de cualquier lesión cutánea aguda, realizando una historia clínica completa que incluya el uso de fármacos prescritos y automedicados utilizados durante el último mes, incluso pudiendo verse reacciones hasta 3 meses posterior al uso del fármaco. La resolución de las lesiones tras la suspensión del fármaco apoya el diagnóstico.

PALABRAS CLAVE Eritema, Erupciones por medicamentos, Ibuprofeno.

TÍTULO DEL TRABAJO RÁNULA EN PACIENTE PEDIÁTRICO - A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA C) Pediatría y Cirugía infantil

AUTOR Olivares Trujillo Mirta (1)

CO-AUTORES	Moreno Barra Méndez Sebastián (2)	Castro Angela (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital San Agustín, Collipulli. (2) Médico General de Zona, CESFAM Los Cerros, Talcahuano.	
INTRODUCCIÓN	La ránula sublingual es una lesión quística en el piso de la boca, originada por la acumulación de saliva debido a la obstrucción de una glándula sublingual o submandibular que puede afectar la calidad de vida debido a su ubicación y tamaño, llegando a dificultar la masticación, el habla y la deglución. A través de este caso, se busca proporcionar una mayor conciencia de la presentación clínica, diagnósticos diferenciales y las opciones de tratamiento disponibles.	
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de sexo femenino de 12 años de edad, sin antecedentes mórbidos conocidos, quien consultó por aumento de volumen a nivel sublingual de tres meses de evolución, de carácter progresivo (inicialmente pequeño) y de consistencia blanda, indoloro, no desplazable, que causó incomodidad al comer y leves molestias postprandiales. Al examen físico se observó un aumento de volumen sublingual de 3-4 cm de diámetro aproximadamente, de apariencia quística y tonalidad azulada, hallazgos concordantes con el diagnóstico de ránula. Se decide derivar a equipo de cirugía para continuar estudio y resolver quirúrgicamente el caso.	
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Las ránulas son lesiones poco frecuentes, con una incidencia de 0.2 casos por 1000 personas. Predominan en adolescentes y adultos jóvenes. Se presentan como una masa fluctuante, translúcida, de consistencia blanda y crecimiento progresivo que puede afectar el habla y la deglución. El diagnóstico se basa en la correlación clínica, pero puede complementarse con estudios de imagen como la ecografía. Como diagnósticos diferenciales se encuentran: otros quistes de las glándulas salivales, malformaciones vasculares, quiste dermoide, neoplasia benigna o maligna de las glándulas salivales, lipoma, absceso, fibroma, neoplasia mesenquimal benigna, entre otros. La principal opción de manejo es la extirpación quirúrgica. Otras alternativas menos invasivas son la marsupialización, la ablación con láser, criocirugía o la inyección intralesional de agentes esclerosantes (por ejemplo, OK-432).	
PALABRAS CLAVE	Glándulas salivales, Quistes, Ránula.	

TÍTULO DEL TRABAJO	PARÁLISIS FACIAL EN UN RECIÉN NACIDO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. REPORTE DE CASO			
CLASE	Caso Clínico (CC)			
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía infantil			
AUTOR	1)Janitza Andrea Norín Maldonado			
CO-AUTORES	2)Rafael	Andrés	López	Dubó
	3)Hernán Francisco San Martín Toledo			
AFILIACIÓN	1)Médica	EDF	CESFAM	Llayllay
	2)Médico	EDF	CESFAM	Llayllay
	3)Médico EDF Hospital de Licantén			
INTRODUCCIÓN	La parálisis facial en neonatos debe hacernos sospechar causas sindrómicas (1), buscando otros hallazgos. Presentamos un caso asociación CHARGE, acrónimo que involucra diferentes malformaciones (Coloboma, H: cardiopatía, Atresia de coanas, Retraso del crecimiento, G: hipoplasia genital y E: anomalías auditivas)(2), con una prevalencia de 1:10.000 (3), generando un desafío diagnóstico.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Lactante de 37 semanas, madre diabética con mal control. Al nacer, Apgar 9-9, con parálisis facial derecha. Hospitalizada en neonatología para estudio por cardiopatía congénita, coloboma derecho, agenesia derecha, microtia izquierda y parálisis facial derecha. Se solicitan potenciales auditivos (pasa ambos oídos) + escáner cavidades paranasales por sospecha estenosis de la apertura piriforme, normal. Cariotipo: sin alteraciones numéricas, ni estructurales. Sin otros estudios genéticos.			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso, corresponde a un Síndrome de CHARGE atípico, según Verloes (4). Como médicos generales, podemos sospechar, al encontrar parálisis facial neonatal, disfagia, hipoacusia, malformaciones auriculares, coloboma y/o soplo cardíaco. No es necesario cumplir con los criterios clásicos, para derivar oportunamente. En el caso presentado, se realizó manejo por diferentes especialidades, permitiendo grandes avances. La importancia de sospechar, a pesar de no contar con estudio genético más acabado y no cumplir con los criterios clásicos, permite cambiar una vida.			
PALABRAS CLAVE	Síndrome CHARGE, asimetría facial, anomalías congénitas			

TÍTULO DEL TRABAJO	EL VÍNCULO EN LA NEBLINA DE LA ANGUSTIA: TRASTORNO ADOLESCENTE.
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	Díaz González Rodrigo (1)
CO-AUTORES	Vidal Rojas Rocío (2), Bertrand Zárate Francisca (1), Herrera Venegas Catalina (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico/a EDF CESFAM Puerto Aysén, Servicio de Salud Aysén. (2) Psicóloga COSAM Puerto Aysén, Servicio de Salud Aysén.
INTRODUCCIÓN	El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una patología invalidante, subdiagnosticada y con alta comorbilidad. Se presenta el caso de un adolescente con síntomas depresivos mixtos, donde las obsesiones y compulsiones se escamotean en la entrevista, requiriendo ajustar las estrategias diagnóstico-terapéuticas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se trata de un adolescente de 14 años con antecedentes de micropsia y nistagmo congénito que consulta por síntomas depresivos con disforia, ansiedad e impulsividad con conductas autolesivas. Tras una respuesta favorable a la intervención psicológica y psicofarmacológica durante un año, el usuario tolera el decaje de antidepresivos, pero presenta una recidiva aguda de impulsividad al iniciar el decaje de antipsicóticos. A la exploración se sospechan contenidos egodistónicos difíciles de acceder por escamoteo durante las entrevistas. Se enfoca el plan de tratamiento en reforzar el vínculo terapéutico, manejar los síntomas, promover la reinserción escolar y acompañar la transición pubertad-adolescencia para continuar explorando estos contenidos. Tras aproximadamente 2 años de intervención el usuario reporta explícitamente los síntomas obsesivos y compulsiones sospechadas.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La egodistonia de los contenidos del TOC contribuye al subdiagnóstico, facilitando el escamoteo durante la interacción social y terapéutica. Es fundamental mantener un bajo umbral de sospecha y construir un vínculo terapéutico profundo para obtener un reporte sintomático válido. En este caso, la rápida recaída de síntomas al suspender antipsicóticos llevó a una sospecha dirigida que se validó posteriormente; sin demorar una intervención acorde a las necesidades del usuario y supervisada por consultorías con psiquiatría infantojuvenil. El diagnóstico de TOC requiere un esfuerzo continuo en formar el vínculo terapéutico y mantener un umbral de sospecha bajo; además de poner atención constante a los efectos de cada intervención clínica. Estas

recomendaciones pudieran ser aún más importantes al manejar población infantojuvenil.

PALABRAS CLAVE Trastorno obsesivo compulsivo, Diagnóstico diferencial, Mecanismos de Defensa, Adolescente, Depresión.

TÍTULO DEL TRABAJO TAQUIARRITMIAS GENERADOS POR SÍNDROME DE APNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO EN PACIENTE DE 26 AÑOS:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA H) Cardiología

AUTOR Schnettler Ortega Christian(1)

CO-AUTORES VallebuonaLardéGiorgio(2),DiazUgazNatalia(3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital del Salvador de Peumo, Peumo (2) Médico General de Zona, Hospital de Nancagua, Nancagua (3) Médico General de Zona, Hospital de Lolol, Lolol

INTRODUCCIÓN La apnea obstructiva del sueño (SAOS) es un trastorno que interrumpe el flujo de aire durante el sueño, elevando el riesgo de arritmias cardíacas debido a la hipoxia intermitente y la activación del sistema nervioso simpático. Esto puede alterar la repolarización cardíaca, aumentando la susceptibilidad a arritmias como la fibrilación auricular, bradicardia y taquicardia ventricular. La SAOS afecta al 9-38% de los adultos, siendo más común en hombres y personas con obesidad, duplicando o cuadruplicando el riesgo de arritmias. El tratamiento con presión positiva en la vía aérea (CPAP) ha demostrado reducir significativamente la incidencia de estas arritmias, mejorando los resultados cardiovasculares.

PRESENTACIÓN DEL CASO En el caso de un paciente masculino de 26 años con un índice de masa corporal (IMC) de 34, se presentaron síntomas desomnolencia diurna, despertares nocturnos y palpitaciones ocasionales. La polisomnografía confirmó SAOS con desaturaciones significativas y arritmias asociadas a apneas, incluyendo taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) y fibrilación auricular (FA) autolimitadas. El ecocardiograma mostró función cardíaca normal. Se inició tratamiento con CPAP, junto con actividad física y seguimiento

nutricional. Tras tres meses, el paciente mostró una pérdida de peso de 10 kg, estaba asintomático y el Holter de ritmo solo mostró extrasístoles aisladas, sin nuevos episodios de TPSV y FA.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El tratamiento con CPAP se destaca como un enfoque relevante para prevenir

complicaciones graves asociadas a la SAOS. La implementación de un monitoreo regular de la presión arterial, actividad física y ajuste dietario representa un manejo terapéutico integral. Se recomienda un electrocardiograma de 24 horas (Holter) para una evaluación más detallada de las arritmias. Este enfoque no solo mejora el manejo individual del paciente, sino que también subraya la importancia del tratamiento temprano e integral con CPAP para mitigar riesgos cardiovasculares.

PALABRAS CLAVE Apnea, sueño, arritmias

TÍTULO DEL TRABAJO ENFERMEDAD POR CUERPOS DE LEWY COMO CAUSA DE DETERIORO COGNITIVO RÁPIDAMENTE PROGRESIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA g) Neurología

AUTOR Faúndez Soto Constanza (1)

CO-AUTORES Acuña López Sara(1), Narbona Tapia Sergio(1), Alamos Castillo Thiare (1)

AFILIACIÓN (1) Médico EDF, Hospital de Santa Juana.

INTRODUCCIÓN La Demencia por Cuerpos de Lewy (DCL) es una entidad clínica que se caracteriza por deterioro cognitivo progresivo asociado a síntomas motores y manifestaciones neuropsiquiátricas como alucinaciones visuales y ánimo depresivo. El pronóstico de la DCL suele ser desfavorable, con una progresión más acelerada que la enfermedad de Alzheimer y una sobrevida que varía entre 5 y 8 años desde el inicio de los síntomas. El presente texto tiene como objetivo describir un caso de DCL de rápida progresión, subrayando los hallazgos clínicos e imagenológicos clave, y la importancia del reconocimiento precoz para orientar el manejo y el pronóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino, 65 años, antecedentes de hipertensión arterial y reciente fallecimiento de esposa. Cursa cuadro progresivo de 6 meses de inatención, desorientación, conductas erráticas y ánimo depresivo. Luego se añaden alucinaciones visuales y patrón de activación nocturna, incluyendo movimientos violentos durante el sueño, compatibles con trastorno del sueño REM. Al examen físico, presenta facie hipomímica, temblor de reposo, y rigidez en rueda dentada de predominio derecho. Al examen mental inatento, lenguaje limitado a escasas palabras, incapacidad para seguir órdenes complejas Se inicia tratamiento con quetiapina, olanzapina y sertralina, con mala respuesta. Resonancia magnética cerebral revela atrofia cortical leve difusa, de predominio occipital y parietales, así como atrofia del hipocampo. Hallazgos compatibles con demencia por cuerpos de Lewy.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso presentado ilustra una DCL, con deterioro cognitivo rápidamente progresivo, parkinsonismo y alucinaciones visuales. Ante cuadros de evolución acelerada, es fundamental considerar el diagnóstico de demencia rápidamente progresiva como hipótesis de trabajo. La presencia de atrofia occipito-parietal leve en resonancia, mínima afectación hipocampal y mala tolerancia a antipsicóticos refuerzan la sospecha. La identificación precoz en este tipo de demencias permite evitar intervenciones inapropiadas y orientar de forma oportuna en cuanto a pronóstico a la familia.
PALABRAS CLAVE	Enfermedad por Cuerpos de Lewy, Demencia, Trastornos Parkinsonianos.
TÍTULO DEL TRABAJO	PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SÍNDROME DE DRESS SECUNDARIO A DROGAS ANTITUBERCULOSAS, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	(b) Medicina interna
AUTOR	(1) Sandoval Valenzuela Valentina
CO-AUTORES	(2) Tapia Mansilla Juan, (3) Nahas Miranda Catalina
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes, Bulnes. (2) Médico General de Zona, CESFAM Chonchi, Chonchi. (3) Médica General de Zona, CESFAM Dalcahue, Dalcahue.
INTRODUCCIÓN	El Síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) es una reacción adversa severa e idiosincrática a fármacos

tipo B. Se caracteriza por exantema, fiebre, adenopatías asociado a fallas orgánicas (principalmente hepática y renal). Tiene una incidencia de 1/10.000 casos y una tasa de mortalidad de hasta el 10% siendo necesaria dentro de su manejo la terapia intensiva. La heterogeneidad e inicio larvado de la presentación clínica genera un desafío diagnóstico para el médico general.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 76 años con Tuberculosis pulmonar (TBC) resistente a Isoniacida en tratamiento con 4 comprimidos de dosis fijas combinadas e Isoniacida 300 mg. Consulta en Urgencias por cuadro larvado de eritema y descamación cefalocaudal, sin respuesta a antihistamínicos ni corticoides tópicos, asociado a fiebre en las últimas 72 horas. Al examen físico destaca exantema del 70% del área corporal. Utilizando sólo esquema antituberculoso dosis 110, sin introducción de alimentos ni contacto con químicos. Al laboratorio destaca Eosinófilos 38%, Creatinina: 1.15, Potasio: 5.11 con Perfil hepático normal. Se hospitaliza con hidratación endovenosa intensiva, suspensión de esquema antituberculoso y Metilprednisolona en dosis altas. Al séptimo día con mejoría clínica y normalización de laboratorio. Completa esquema de Prednisona por 30 días ambulatorio. Se firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El síndrome de DRESS, se presenta usualmente entre la 3-12va semana de inicio farmacológico, pero puede tener un inicio más tardío. En el caso, el paciente se presenta con fiebre, eosinofilia, falla renal y dermatitis descamativa asociado al antecedente de uso de drogas antituberculosas sin afectación hepática. Es importante su identificación temprana y manejo oportuno con la finalidad de evitar una afectación sistémica y mejorar el pronóstico del cuadro. El uso de esteroides en dosis altas junto a una terapia hídrica intensiva se ha asociado a una mejoría clínica y de laboratorio.

PALABRAS CLAVE Hipersensibilidad Tardía, Mycobacterium tuberculosis, Síndrome de Hipersensibilidad a Medicamentos

TÍTULO DEL TRABAJO EPILEPSIA SECUNDARIA A NEUROCISTICERCOSIS, UN DIAGNÓSTICO DE DESCARTE AÚN VIGENTE:

CLASE g) Neurología.

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR	Navarrete Asenjo Claudio (1)
CO-AUTORES	Barrientos Téllez Fernanda (2), Cardenas Muñoz Carolina (2), Castro Arcos Juan (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico Neurólogo, Hospital Base Valdivia, Universidad de Chile. (2) Interno de Medicina Universidad Austral de Chile, Hospital Base Valdivia
INTRODUCCIÓN	La neurocisticercosis es una infección común del cerebro causada por larvas de la tenia del cerdo (<i>Taenia solium</i>). (1) Es una de las principales causas de convulsiones prevenibles en países en desarrollo y un problema de salud pública, obligatorio de notificar en Chile desde 2020. (2) (3) La clínica puede variar desde ningún síntoma hasta la muerte, dependiendo del número, tamaño y lugar de los parásitos, y de cómo reacciona el cuerpo. El diagnóstico se basa en cuadro clínico, estudios imagenológicos cerebrales. Los análisis sanguíneos y las biopsias en estos casos son estudios poco utilizados. (4) El objetivo del presente trabajo es discutir la sospecha clínica según el perfil epidemiológico actual en Chile de forma de lograr su detección adecuada
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente hombre de 46 años, haitiano, residente en Chile hace 8 años, ingresó por una caída de altura tras una crisis convulsiva, con amnesia del evento. En urgencias sufrió nueva crisis, controlada con lorazepam, y posteriormente fue trasladado a unidad de cuidados intensivos. Se le solicitó una tomografía axial computarizada de cerebro que mostró una hemorragia en ganglios basales derechos (2x1 cm) y calcificaciones sugerentes de neurocisticercosis antigua, sin lesiones traumáticas. Se le realizó un electroencefalograma que no detectó actividad epileptiforme. A la anamnesis dirigida, refirió antecedentes de convulsiones en República Dominicana. Finalmente, recibió levetiracetam como tratamiento y fue dado de alta sin síntomas ni nuevos episodios.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Esta patología, aunque poco frecuente en el país, sigue siendo un diagnóstico diferencial importante de epilepsia, especialmente debido al aumento de la inmigración desde zonas endémicas como Venezuela y Haití, y que podría incrementar los casos importados en el futuro. (5) Por ello, se recomienda mantener una alta sospecha clínica en pacientes con cuadros sospechosos para seleccionar adecuadamente los estudios serológicos e imagenológicos.

PALABRAS CLAVE	Neurocisticercosis, Epilepsia, Infecciones del sistema nervioso central.
TÍTULO DEL TRABAJO	ICTERICIA Y SOSPECHA DE CÁNCER EN ATENCIÓN PRIMARIA. REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Poblete Poblete José (1)
CO-AUTORES	Castro Fuentes Maximiliano (1), Escobar Flores Carolina (1), Salinas Salinas Paulina (2)
AFILIACIÓN	(1) Medico General de Zona, CESFAM Dr. Raúl Yazigi, Santiago (2) Medica Cirujana, Hospital Padre Hurtado, Santiago
INTRODUCCIÓN	El cáncer de páncreas tiene una sobrevida a cinco años inferior al 10% y más del 50% de los pacientes presentan enfermedad avanzada al momento del diagnóstico. Su localización en la cabeza del páncreas puede generar obstrucción biliar, siendo la ictericia un síntoma cardinal. Sin embargo, esta puede confundirse con causas benignas, retrasando su estudio adecuado. Este caso evidencia cómo un abordaje sintomático, sin estudios dirigidos ante una ictericia con síntomas de alarma, puede retrasar el diagnóstico de una neoplasia, afectando directamente su pronóstico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 61 años, hipertensa, consulta en urgencias por epigastralgia y vómitos alimentarios. Se maneja como gastroenteritis. Vuelve a consultar por ictericia y coluria; se sospecha hepatitis y se solicitan exámenes ambulatorios. Perfil hepático muestra colestasis e hiperbilirrubinemia directa; con serología viral negativa. Ante persistencia de síntomas, se deriva a urgencia nivel secundario para estudio. Tomografía axial computada (TAC) de abdomen y pelvis revela dilatación biliar y masa en cabeza pancreática. Evaluación oncológica determina lesión irresecable, indicándose quimioterapia y cuidados paliativos.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El retraso diagnóstico ocurrió por ausencia de sospecha clínica ante una ictericia de origen maligno. La ictericia en mayores de 50 años debe considerarse un signo de alarma que amerita estudio inmediato con imágenes como el TAC de abdomen y pelvis. El cáncer de cabeza de páncreas se presenta con ictericia en hasta el 90% de los casos, acompañada de síntomas como coluria, prurito, dolor abdominal y

pérdida de peso. Estos pueden confundirse con cuadros benignos, dificultando su detección precoz. La evaluación integral, especialmente en atención primaria y urgencia, debe ir más allá del manejo sintomático y es de vital importancia completar el estudio con laboratorio e imágenes. Este caso destaca la importancia de ampliar el enfoque diagnóstico frente a la ictericia, para favorecer el hallazgo oportuno de patologías malignas y mejorar su pronóstico.

PALABRAS
CLAVE

Cáncer de páncreas, Colestasia, Ictericia

TÍTULO DEL TRABAJO	TUMOR DE GLOMUS CAROTIDEO, A PROPÓSITO DE UN CASO:		
CLASE	Caso Clínico.		
CATEGORÍA	Caso d) Cirugía	clínico	(cc)
AUTOR	Molina Arias Romina (1)		
CO-AUTORES	Burgos Castro Diaz Rubilar Camilo (2)	Andrade Bustamante	Abraham Cristóbal (2) (2)
AFILIACIÓN	1) Médico Cirujano, Hospital Provincial Dr. Rafael Avaria Valenzuela de Curanilahue, Chile 2) Interno de medicina, Universidad Andrés Bello, Concepcion, Chile.		
INTRODUCCIÓN	El paraganglioma es un tumor que se puede desarrollar en cualquier parte del cuerpo a partir de paraganglios. Estos tumores, aunque predominantemente benignos, representan un desafío diagnóstico y terapéutico significativo debido a su localización anatómica. Representa		

el 0.5% de los todos los tumores de cabeza y cuello. Se presentan habitualmente como una masa cervical asintomática de crecimiento lento por lo que el diagnóstico es tardío. Hoy en día está bien establecido el tratamiento quirúrgico precoz mediante resección subadventicial.

PRESENTACIÓN DEL CASO Hombre de 62 años, de Monte Águila, sin antecedentes mórbidos. En septiembre de 2021 consulto en el policlínico de cirugía por aumento de volumen en región submandibular izquierda de 3 meses de evolución. Al examen físico se palpo una masa de consistencia gomosa, no adherida a planos profundos, indolora. Se solicita una Resonancia Magnética de Cuello que informa Masa de carácter neoplásico del espacio carotideo izquierdo en relación con la bifurcación carotidea que mide 44 x 30 x 26 mm. El siguiente paso fue la cirugía, encontrándose un tumor en bifurcación carotidea de 7-8 cm, adherido a la arteria carótida interna. La técnica quirúrgica utilizada fue una disección subadventicial, durante la cual fue necesaria la ligadura de la arteria carótida interna distal a la tiroidea superior. Se identificaron y preservaron la arteria tiroidea superior, facial, nervio espinal y vago. El paciente fue trasladado a sala básica de cirugía, evolucionando satisfactoriamente, decidiéndose el alta de cirugía al 3° día postoperatorio. Al mes postoperado fue evaluado donde se encontraba en excelentes condiciones, sin molestias ni complicaciones. El informe histopatológico concluyo: Paranganglioma de cuerpo carotideo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El tumor de cuerpo carotideo es una condición muy desafiante desde el punto de vista terapéutico. Es crucial realizar un diagnóstico temprano y así poder ofrecer un tratamiento oportuno, para lograr mejorar el pronóstico y reducir las comorbilidades asociadas.

PALABRAS CLAVE Cirugía, Cuerpo carotideo, Neoplasia de cabeza y cuello.

TÍTULO DEL TRABAJO TUBERCULOSIS INTESTINAL, UNA MANIFESTACIÓN INFRECIENTE DE LA TUBERCULOSIS. REPORTE DE UN CASO:

CLASE Caso clínico

CATEGORÍA Medicina Interna

AUTOR Jadue Bórquez Gabriela (1)

CO-AUTORES Fuentes Fuentes Jaime (1), Godoy Barraza Manuel (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Cesfam Santa Julia, Santiago.

INTRODUCCIÓN	La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa causada por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , con manifestaciones principalmente pulmonares. Las formas extrapulmonares afectan al 20% de los inmunocompetentes y al 50% de los inmunosuprimidos. La forma intestinal es la sexta causa de afectación extrapulmonar, con elevada morbimortalidad debido a su difícil diagnóstico. Se presenta caso en paciente con diarrea crónica dada su baja frecuencia.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 22 años con antecedente de policonsumo de sustancias, consulta en atención primaria por diarrea crónica con hematoquecia intermitente y pérdida de peso de 15 kilogramos en 4 meses. Al examen físico con palidez y taquicardia. Se deriva a urgencias hospitalarias; laboratorios revelan hemoglobina 5,7 g/dL, glóbulos blancos 9,2 mg/dl, y proteína C-reactiva 17,6 mg/L. Se realizan transfusiones sin mayor corrección. Coprocultivo, parasitológico y film-array negativos. El estudio endoscópico evidencia ileítis terminal en la válvula ileocecal, y biopsias positivas para TB intestinal en duodeno, colon e íleon distal. Se inicia tratamiento de primera línea, pero debido a la aparición de hepatitis, se cambia a Isoniazida, Levofloxacino, Linezolid y Clofazimina, con buena respuesta y cese de la diarrea. Se amplía el estudio para pesquisar infección por VIH y TB pulmonar. Actualmente, la paciente se encuentra en controles en APS, asintomática.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La TB intestinal es infrecuente, representando el 0.5% de los casos nuevos, afectando principalmente a personas de 20 a 40 años. Su localización en región ileocecal (44%), intestino delgado (34%) y colon es debido a la abundancia de tejido linfoide en esta área. Las manifestaciones son a menudo inespecíficas, y el diagnóstico se establece preferentemente mediante endoscopia. Este caso resalta la importancia de la alta sospecha y la correcta interpretación de los exámenes para iniciar un tratamiento precoz. También expone la necesidad de búsqueda de compromiso pulmonar concomitante y el estudio de inmunosupresiones.
PALABRAS CLAVE	Anemia refractaria, Diarrea, <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , Tuberculosis gastrointestinal, Tuberculosis extrapulmonar.
TÍTULO DEL TRABAJO	Diagnóstico tardío de Síndrome de Guillain-Barré en un niño de 9 años: Un reto clínico
CLASE	b) Medicina interna
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)

AUTOR	Flores Oñate Catalina (1)			
CO-AUTORES	Bolbarán	Cabello	Javiera	(2)
	Gálvez	Martínez	Jorge	(3)
	Jorquera Pinilla Fernando			(4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General, Cesfam Curanipe, Pelluhue			
	(2) Médico General, Cesfam Ricardo Valdés Hurtado, Cauquenes			(3)
	Médico General, Cesfam Santa Cruz, Santa Cruz			
	(4) Médico General, Cesfam Curanipe, Pelluhue			
INTRODUCCIÓN	El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineuropatía inflamatoria aguda inmunomediada que afecta los nervios periféricos, generando debilidad muscular progresiva, hiporreflexia y, en casos severos, parálisis. Generalmente se presenta tras una infección respiratoria o gastrointestinal, por mecanismos como el mimetismo molecular y la producción de anticuerpos antigangliósidos. Su diagnóstico es clínico, apoyado por la punción lumbar (disociación albúmino-citológica) y electromiografía. El tratamiento se basa en inmunoglobulina intravenosa o plasmaféresis, junto con un enfoque multidisciplinario.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 9 años, sin antecedentes mórbidos, consulta inicialmente en CESFAM Curanipe por dolor abdominal y diarrea, recibiendo tratamiento sintomático. Reconsulta dos semanas después por debilidad en extremidades inferiores, dolor articular, caídas y anuria, siendo derivado a hospital base por sospecha de síndrome hemolítico urémico, luego descartado. Posteriormente es evaluado en múltiples centros sin hallazgos significativos, a pesar de la progresión de la debilidad a extremidades superiores e imposibilidad de la marcha. En el Servicio de Salud Ñuble, tras evaluación neurológica, se realiza TAC cerebral sin alteraciones y PCR para COVID-19, resultando positiva. Se hospitaliza al paciente y se le practica punción lumbar que muestra disociación albúmino-citológica (proteínas: 62,75 mg/dl) y una electromiografía compatible con SGB de tipo axonal. Se inicia tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (2 mg/kg en 5 días), además de apoyo kinésico, fisiátrico y psicosocial.			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso ilustra la evolución clásica del SGB en un paciente pediátrico, precedido por un cuadro gastrointestinal y una infección por COVID-19. La presentación clínica fue inicialmente inespecífica, lo que generó retraso diagnóstico. Destaca la relevancia de considerar etiologías neurológicas ante debilidad progresiva. El tratamiento oportuno y el manejo integral fueron fundamentales para mejorar el pronóstico			

funcional, resaltando la importancia del abordaje clínico multidisciplinario en cuadros neurológicos agudos.

PALABRAS CLAVE	Debilidad muscular, Síndrome de Guillain-Barré, Inmunoglobulinas
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE MIRIZZI COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	D) Cirugía
AUTOR	Pineda Herrera Nicolás (1)
CO-AUTORES	Rojas Toro Francisca (2), Dougnac Canales Sofía (1), Casanova Morales Carlos (3)
TUTOR	Martínez González José (4)
AFILIACIÓN	(1) Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile. (2) Interna de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile. (3) Médico Becado Cirugía General, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile. (4) Cirujano digestivo, Hospital Dr. Eduardo Pereira, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
INTRODUCCIÓN	El síndrome de Mirizzi (SM) es una complicación crónica de la colelitiasis, con una incidencia de hasta 5% en Chile. Consiste en la impactación de un cálculo en el infundíbulo o conducto cístico, condicionando compresión extrínseca del conducto hepático común, con riesgo de erosión y fístula. Si bien su clínica es inespecífica, sus síntomas más comunes son el dolor abdominal y la ictericia obstructiva, siendo muchas veces un hallazgo intraoperatorio e incrementando el riesgo de lesión de vía biliar. El estudio imagenológico de elección es la Colangioresonancia, mientras que la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) ofrece ventajas terapéuticas. El tratamiento es preferentemente quirúrgico, y varía según el tipo de SM, desde colecistectomía hasta derivación bilioentérica.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 61 años, consultó por cuadro de 4 semanas de dolor abdominal en hipocondrio derecho e ictericia. En laboratorio presentó hiperbilirrubinemia de predominio directo y patrón colestásico. Se realizó Colangioresonancia que evidenció colelitiasis, dilatación de vía

biliar extrahepática y cálculos a nivel del conducto hepático común. Se solicitó CPRE que identificó litos en vesícula, colédoco, conducto hepático común, con cálculo de 36.4 x 20.2 mm que generaba fístula colecistocolédociana con imposibilidad de instalar endoprótesis. Se diagnosticó SM Tipo IV, se realizó colecistectomía más hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux. Evolucionó de forma favorable.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Si bien el SM es una complicación inhabitual de coledocitis, se estima que un 17% de los pacientes operados no presenta diagnóstico previo a la cirugía, lo que aumenta el riesgo de lesión de vía biliar y morbi-mortalidad. Esta situación, sumada a la alta prevalencia en nuestro país, hace fundamental considerar este diagnóstico en todo paciente que consulte por dolor abdominal crónico y/o ictericia obstructiva, pues su detección temprana y adecuada planificación quirúrgica son claves para lograr un pronóstico favorable.

PALABRAS CLAVE Fístula biliar, Ictericia obstructiva, Síndrome de Mirizzi.

TÍTULO DEL TRABAJO ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, SECUNDARIA A USO PROLONGADO DE NITROFURANTOÍNA: A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Pedemonte Chulak Sebastian (1)

CO-AUTORES Gormaz Gonzalez Natalia (1), Diaz Peña Javiera (1)

AFILIACIÓN (1) Médico general de zona, CESFAM Dr. Emilio Schaffhauser, La Serena

INTRODUCCIÓN La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) agrupa diversas patologías que afectan el intersticio pulmonar y pueden progresar hacia fibrosis. Su etiología es variada, incluyendo infecciones, exposición a sustancias inhaladas, enfermedades autoinmunes, trastornos del tejido conectivo y ciertos medicamentos. Uno de los fármacos relacionados con EPI es la nitrofurantoína, antibiótico comúnmente usado para tratar infecciones urinarias y, en algunos casos, como profilaxis en pacientes con infecciones recurrentes. No obstante, su uso prolongado se ha vinculado a reacciones adversas pulmonares graves. Se estima que la EPI representa entre un 16 % y un 48 % de los efectos adversos asociados a este medicamento. Debido a estos hallazgos, en 2022 el Instituto de Salud Pública de Chile

(ISP) emitió una nota de farmacovigilancia recomendando no exceder los 7 días de tratamiento con nitrofurantoína, con el fin de reducir el riesgo de complicaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente de 87 años, con antecedentes de infecciones urinarias a repetición, tratada durante un año con nitrofurantoína profiláctica. Al examen físico presenta crépitos bilaterales, por lo que se le solicitó una tomografía computada, que reveló una EPI fibrótica con patrón no correspondiente a neumonía intersticial usual (UIP). Tras la evaluación por especialista, se atribuyó la causa al uso prolongado del fármaco, el cual fue suspendido. Desde entonces, la paciente se ha mantenido clínicamente estable, sin progresión imagenológica desde el año 2014.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso clínico destaca la importancia de considerar la nitrofurantoína como posible causa de enfermedad pulmonar intersticial en tratamientos prolongados. Subraya la necesidad de seguir las recomendaciones de agencias como el ISP, evitando terapias extensas sin evaluación médica. Asimismo, resalta el valor de la actualización continua del personal de salud. La detección precoz y la suspensión del fármaco pueden prevenir el avance del daño pulmonar y evitar secuelas irreversibles derivadas de una práctica médica desactualizada.

PALABRAS CLAVE Enfermedad pulmonar intersticial, Fibrosis, Nitrofurantoina

TÍTULO DEL TRABAJO HOMBRO FLOTANTE EN PACIENTE JOVEN TRAS ACCIDENTE DE ALTA ENERGÍA: REPORTE DE UN CASO.

CLASE H) Especialidades (traumatología)

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Mella Stoma Joaquín (1)

CO-AUTORES Espinoza Chacín Josbel (2)
Escobar Renjifo Rodrigo (2)

AFILIACIÓN (1)Médico General de Zona, Hospital comunitario de Quirihue, Quirihue
(2)Médico General de Zona, Hospital comunitario de Coelemu, Coelemu

INTRODUCCIÓN El hombro flotante se define como la disrupción del complejo suspensorio del hombro superior en dos o más sitios. Es una fractura poco prevalente ya que presenta el 0.1% de todas las fracturas. Su diagnóstico es radiológico. En este caso clínico se pretende resaltar los aspectos esenciales del enfrentamiento y el manejo esencial de esta patología.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente de sexo femenino de 21 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta en servicio de urgencias tras sufrir caída de cuatrimoto a gran velocidad con trauma directo sobre su hemicuerpo izquierdo. Evoluciona con dolor e impotencia funcional de su hombro izquierdo. Al examen físico se observa deformidad en tercio medio clavícula izquierda asociado a impotencia funcional de la articulación del hombro, no había afectación neurológica ni vascular. Se solicita radiografía de hombro donde se visualiza fractura en tercio medio de clavícula izquierda y fractura de cuello quirúrgico de la escápula ipsilateral. Debido a la inestabilidad de la lesión se decide administrar analgesia, inmovilizar con cabestrillo y derivar para evaluación por traumatología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El mecanismo de acción del hombro flotante suele ser el trauma directo de alta energía. La presentación típica suele ser la impotencia funcional del hombro afectado asociado a deformidad clavicular. El diagnóstico suele ser con radiografía anteroposterior y axial de hombro, examen altamente disponible en nuestro medio. El manejo inicial se basa en analgesia, reducción e inmovilización de la articulación. El manejo definitivo puede ser ortopédico o quirúrgico. Debido a la baja frecuencia de la patología y variedad de severidad de lesiones secundarias no hay evidencia en la mejor actitud a tomar entre estas 2 posibilidades terapéuticas, quedando a criterio del experto.

PALABRAS CLAVE Fractura. Clavícula. Escápula.

TÍTULO DEL TRABAJO HIPERTIROIDISMO INFANTIL CON SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES PROLONGADOS UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA c) Pediatría y Cirugía Infantil

AUTOR Mujica Garcia Argelys (1)

CO-AUTORES Lozada Torrez Jessica (2), Rivera Garcia Julieta (3)

AFILIACIÓN	(1) Medico APS, Servicio Metropolitano Sur, CESFAM Amador Neghme
INTRODUCCIÓN	El hipertiroidismo en niños es una condición infrecuente. La enfermedad de Graves es la causa más común. Sin embargo, los síntomas pueden ser sutiles y no siempre se presentan de manera clásica.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 9 años con antecedentes de asma y síncope, presenta dolor abdominal recurrente, diarrea persistente y palpitaciones durante 12 meses. A pesar del tratamiento sintomático, y múltiples evaluaciones en servicio de urgencias no experimentó mejoría. La madre informó pérdida de peso inexplicada y se detectó una caída en la curva de crecimiento. Se solicitaron estudios complementarios, incluyendo un perfil tiroideo, que mostró resultados de hormona tiroestimulante (TSH) <0,01 y tiroxina libre (T4L) 4,21, compatible con hipertiroidismo. La paciente fue derivada a Endocrinología Pediátrica para el manejo.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La presentación inicial simuló gastroenteritis aguda, lo que llevó a un retraso en el diagnóstico. La asociación de síntomas gastrointestinales crónicos y detención del crecimiento debieron alertar sobre una etiología subyacente menos común. Este caso subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica y considerar diagnósticos diferenciales. La inclusión de un perfil tiroideo en el estudio de pacientes pediátricos con síntomas gastrointestinales persistentes y alteraciones en el crecimiento podría facilitar un diagnóstico precoz y permitir un tratamiento oportuno.
PALABRAS CLAVE	Gastroenteritis, Hipertiroidismo, Hormonas tiroideas, Niños.
REFERENCIAS	1. Léger J. Epidemiology of Childhood Hyperthyroidism in France: A Nationwide Population-Based Study. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 103, Issue 8, August 2018, Pages 2761–2784. 2. Sanz M. Hipertiroidismo en niños. Pediatría Integral. 2015; 19(7): 467-476. 3. Godoy C. C, Acevedo M. M, Barrera N. A, Yismeyán M. A, Ugarte P. F. Hipertiroidismo en niños y adolescentes. Andes pediátrica. 20 de julio de 2009; 80(1):21-9.
TÍTULO DEL TRABAJO	MORFEA EN ADOLESCENTE: DE INFECCIÓN PRESUNTA A DIAGNÓSTICO AUTOINMUNE:
CLASE	Caso clínico (CC)

CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía Infantil
AUTOR	González Fernández Benjamin (1)
CO-AUTORES	Martínez Venegas Javier (2), Tamaya Cerda Martín (3), Silva Vera Bastian (4).
AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano, Centro de Salud Familiar Segismundo Iturra, San Felipe. (2) Médico General de Zona, Hospital San Antonio de Putaendo, Putaendo. (3) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar San Felipe El Real, San Felipe. (4) Interno de medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe.
INTRODUCCIÓN	La morfea, o esclerodermia localizada, es una patología autoinmune poco frecuente caracterizada por la inflamación y fibrosis progresiva de la dermis y tejido subcutáneo. Se manifiesta como placas induradas, eritematosas y dolorosas, a menudo confundibles con cuadros infecciosos, lo que complica el diagnóstico clínico oportuno. En este caso se presentará el caso de una presentación atípica en una paciente de 15 años.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 15 años, sin antecedentes mórbidos, consultó en urgencias por cuadro de 2 semanas de dolor intenso en cara interna del muslo izquierdo, limitación funcional y náuseas. El examen físico evidenció una extensa lesión en la región medial del muslo, indurada, dolorosa y con marcado eritema, que restringía la flexo-extensión de la pierna. Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitosis ($13.200 \text{ células/mm}^3$), velocidad de sedimentación globular de 45 mm/hr y proteína C reactiva de 35 mg/L. Se hospitalizó como sospecha de infección de partes blandas complicada, y se inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y clindamicina tras toma de hemocultivos, además se realizó ecografía, que reveló engrosamiento cutáneo y subcutáneo, áreas hiperecogénicas y fibrosis. Ante la ausencia de crecimiento bacteriano en hemocultivos y persistencia clínica, se suspendieron los antibióticos a los 5 días y se planteó posible etiología autoinmune. Se administraron bolos de metilprednisolona y estudios serológicos, resultando anticuerpos antinucleares positivos a 1:80. Se realizó traslape a corticoides orales por 5 días, con mejoría clínica y se dio de alta hospitalaria con biopsia de forma ambulatoria compatible con morfea.

DISCUSIÓN Y En este caso se presentó una lesión extensa en el muslo con inflamación
CONCLUSIONES activa y signos fibrogénicos, confirmados por serología y biopsia. La
terapia con metilprednisolona y corticoides orales, lograron una
completa remisión. Destacando la importancia de un diagnóstico
diferencial preciso en lesiones cutáneas persistentes, permitiendo la
prevención de posibles complicaciones.

PALABRAS Adolescente, Enfermedades Autoinmunes, Esclerodermia localizada
CLAVE

TÍTULO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE
TRABAJO DÉFICIT DE PROTEÍNA C, REPORTE DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina interna

AUTOR Riquelme Reyes Camila (1)

CO-AUTORES Tobar Arancibia Francisco (1), Gardella Cares Giovanna (2)

AFILIACIÓN (1) Médico general de zona, CESFAM de Quilpué. (2) Médico general de
zona, Hospital de Limache

INTRODUCCIÓN La proteína C (PC) es una proteína anticoagulante dependiente de la
vitamina K, esencial en la cascada de la coagulación. Un déficit de proteína
C (DPC) puede ser adquirido o hereditario, éste genera un estado
protrombótico predisponiendo a un mayor riesgo de tromboembolismo
(TE).

PRESENTACIÓN Femenina de 43 años exfumadora hace 15 años (índice paquete-años
DEL CASO 1.25), antecedentes familiares (AF) de tromboembolismo venoso (TEV)
en hermana a los 30 años, accidente cerebrovascular (ACV) a repetición
en padre desde los 50 años. Consultó por dolor precordial de una semana
de evolución que se agudizó en las últimas 24 horas, se realizó
electrocardiograma que evidenció elevación del segmento ST en
derivadas V2 a V4, la coronariografía evidenció arteria coronaria
descendente anterior ocluida en segmento proximal de aspecto
trombótico, se realizó angioplastia con stent medicado. Por contar con AF
de importancia y presentar oclusión trombótica, se decidió realizar
estudio de trombofilia y vasculitis. La PC funcional en dos ocasiones
resultó anormalmente baja en 47,8% y 54%, se descartó otras causas, por

lo que se diagnosticó DPC y se indicó tratamiento con doble antiagregación plaquetaria a permanencia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Para los pacientes que presentan DPC el riesgo de presentar eventos TE es siete veces mayor que en personas sanas. Su asociación con eventos de TEV es mucho más frecuente que con tromboembolismo arterial (TEA), y en estos últimos la literatura ha descrito principalmente casos asociados a ACV y en menor frecuencia a infarto de miocardio, donde los casos reportados suelen ser en pacientes jóvenes con AF o propios de TE. Resulta relevante en estos contextos tener una alta sospecha clínica para realizar un adecuado estudio dirigido de trombofilia incluyendo el DPC. En la actualidad faltan estudios de alta calidad para refutar o apoyar del todo una asociación entre el DPC y TEA.

PALABRAS CLAVE Deficiencia de proteína C, Infarto de miocardio, Trombofilia

TÍTULO DEL TRABAJO PITIRIASIS ROSADA SIN PLACA HERÁLDICA; UN CASO CLÍNICO:

CLASE Caso Clínico (cc)

CATEGORÍA h) Especialidades (dermatología)

AUTOR Maldonado Fuentes Carolina (1)

CO-AUTORES Salinas Arraño Gonzalo (1), Uribe Cortés Francisco (1)

AFILIACIÓN (1) Médico/a EDF, Hospital Jorge Ibar Bruce, Puerto Cisnes

INTRODUCCIÓN La pitiriasis rosada es una dermatosis inflamatoria aguda y autolimitada, que generalmente se presenta con una lesión inicial conocida como "placa heráldica", de forma ovalada, rosada, con descamación y tamaño de 2-10 cm. Posteriormente, surgen múltiples lesiones más pequeñas (<1 cm), de distribución centrífuga o en árbol de Navidad. Aunque la causa exacta es incierta, se asocia con infecciones virales, principalmente el herpes humano 6 (VHH-6). La enfermedad se resuelve espontáneamente en 6 a 8 semanas, pero puede generar molestias debido al prurito.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina de 28 años, previamente sana, que acudió al servicio de urgencias por un cuadro de 7 días de lesiones maculares pruriginosas en la región intermamaria, las cuales se extendieron a inframamarias y axilares. Inicialmente tratada con levocetirizina y prednisona sin respuesta. A los 10 días, las lesiones aumentaron en número y se

distribuyeron hacia extremidades y región lumbosacra. Fue derivada a Dermatología, donde se diagnosticó pitiriasis rosada, aunque sin la presencia de una "placa madre". Se indicó tratamiento con antihistamínicos durante tres semanas, con resolución gradual de las lesiones y sin nuevas consultas. Se firmó consentimiento informado por la paciente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La ausencia de la placa heráldica es una característica atípica en este caso, ya que generalmente se considera un hallazgo inicial clave para el diagnóstico de pitiriasis rosada. Sin embargo, la distribución característica de las lesiones secundarias, en patrón centrífugo y en árbol de Navidad, permitió el diagnóstico clínico. Aunque el diagnóstico puede ser más desafiante sin la placa inicial, la evolución y el curso de la enfermedad siguen siendo típicos. El tratamiento se centró en el manejo del prurito, con antihistamínicos, lo que resultó efectivo. Este caso destaca la importancia de considerar las formas atípicas en el diagnóstico de pitiriasis rosada, para no incurrir en terapias injustificadas.

PALABRAS CLAVE Atípica, Diagnóstico, Pitiriasis Rosada.

TÍTULO DEL TRABAJO LINFOMA NO HODGKIN PRIMARIO DE GLÁNDULA MAMARIA EN PACIENTE MASCULINO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA D) Cirugía

AUTOR Fuentes Reyes Francisca (1)

CO-AUTORES Aguirre Maldini Juan (1), Martínez Sepúlveda Juan (1)

AFILIACIÓN (1) Médico general de zona, Hospital de Cauquenes, Cauquenes.

INTRODUCCIÓN El linfoma no Hodgkin primario de la glándula mamaria es una entidad infrecuente que corresponde al 0,04 al 0,5 % de los tumores malignos mamarios. Suele presentarse en mujeres. Se presenta como un nódulo solitario, palpable, móvil, indoloro, de rápido crecimiento, con o sin linfadenopatía axilar. Los síntomas B son infrecuentes. Se busca exponer este caso, ya que es una patología poco sospechada en hombres e infrecuente, ya que el cáncer de mama en hombres (CMH) corresponde solo al 1% de los cáncer de mama y suele tener un diagnóstico tardío, lo que condiciona el pronóstico. Por lo anterior es relevante de conocer para el médico general.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino 85 años, hipertenso, hospitalizado por cuadro de 8 meses de evolución de lesión infecciosa recurrente en cuadrante superior externo mama izquierda (CSE), sin respuesta a antibióticos orales. A la evaluación destaca masa pétreo en CSE y nódulos axilares. La tomografía torácica describe neoplasia en mama izquierda con compromiso del músculo pectoral y múltiples adenopatías axilares, sin infiltración torácica. Es derivado a Unidad de Patología Mamaria, donde se realiza biopsia de lesión que reporta Linfoma No Hodgkin difuso de células grandes B (LBDCG) de alto grado. Se realiza etapificación y se indica quimioterapia.		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En dicho caso presentado, el paciente consultó y fue manejado con diferentes cursos de antibióticos en contexto de sospecha de múltiples recurrencias infecciosas. La baja sospecha de neoplasia mamaria en el paciente retrasó el diagnóstico y la terapia óptima. Por otro lado, el LBDCG en mama es infrecuente y de presentación inhabitual en esta zona anatómica, aún más en pacientes masculinos. Así, es necesario considerar el abanico de diagnósticos diferenciales ante un paciente que no responde al manejo antibiótico óptimo con múltiples recaídas locales. El tratamiento del LBDCG mamario es controversial, no existiendo guías de tratamiento actualmente.		
PALABRAS CLAVE	Cáncer de mama, Linfoma no Hodgkin, Neoplasias de la mama masculina.		
TÍTULO DEL TRABAJO	PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A HIPERTRIGLICERIDEMIA, A PROPÓSITO DE UN CASO:		
CLASE	Caso Clínico (CC)		
CATEGORÍA	B) Medicina interna		
AUTOR	Vargas De Los Reyes Ignacio Felipe (1)		
CO-AUTORES	Vásquez Rojas	Caroca Espejo – Florencia	Emiliano Antonia (2) (3)
	Seitz Ostermann Ignacio Andrés (4)		
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Malaquías Concha, La Granja. (2) Médico General de Zona, CESFAM Pablo de Rokha, La Pintana. (3) Médico General de Zona, CESFAM Fernando Maffioletti, La Florida. (4) Interno de Medicina, Universidad del Desarrollo.		
INTRODUCCIÓN	La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio agudo del páncreas potencialmente mortal. Tiene múltiples causas, siendo una de ellas la hipertrigliceridemia. El diagnóstico no difiere de otros tipos de PA, y suele		

presentarse con niveles de triglicéridos(TG) por sobre los 1000 mg/dL, aumentando el riesgo a medida que se incrementan los niveles séricos de TG.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente sexo femenino de 35 años con diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, usuaria de empaglifozina y rosuvastatina, consulta en servicio de urgencias por dolor abdominal de 1 día de evolución alcanzando EVA 10/10 irradiado en faja, de carácter opresivo, asociado a tope inspiratorio y náuseas. Refiere suspensión de rosuvastatina hace 2 meses y transgresiones alimentarias la última semana. Ingresa taquicardica, normotensa, buena mecánica respiratoria, afebril. Al examen físico destaca dolor a la palpación de hemiabdomen superior, sin signos de irritación peritoneal. Laboratorio destaca GB 17.300/mm³, triglicéridos 3312 mg/dL, colesterol total 524 mg/dL y lipasa de 117 U/L. Se solicita TAC que confirma pancreatitis aguda edematosa (Balthazar C). Se hospitaliza e inicia manejo con hidratación endovenosa y analgesia, con buena respuesta, por lo que es dada de alta posteriormente con rosuvastatina y fenofibrato y controles de manera ambulatoria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La hipertrigliceridemia es una causa menos frecuente de PA, pero puede evolucionar de manera más grave que en pacientes con otras causas. Puede ser primaria, por alteraciones genéticas en el metabolismo lipídico, o secundaria a patologías como dislipidemia. En este caso, la paciente presenta niveles elevados de triglicéridos en el contexto de dislipidemia y transgresiones alimentarias, lo que sugiere la posibilidad de una hipertrigliceridemia secundaria. Niveles elevados de TG pueden interferir en la medición de lipasa y amilasa, por lo que no se debe descartar PA basándose en estos valores. Es importante control de TG a largo plazo para evitar recurrencias y complicaciones asociadas.

PALABRAS CLAVE Dislipidemia, Hipertrigliceridemia, Pancreatitis aguda

TÍTULO DEL TRABAJO Detección de un dens evaginatus: reporte de un caso clínico.

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA i) Odontología

AUTOR Massiel Pérez Macarena (1)

CO-AUTORES Orellana Sanhueza Andrea (1), Muñoz Ruiz Karla (2)

AFILIACIÓN	(1) Odontóloga EDF, CESFAM Dr.Juan Vismara Marquez, Pica. (2) Odontóloga EDF, CGR Dr.Amador Neghme R., Huara.
INTRODUCCIÓN	El dens evaginatus (DE) es una anomalía del desarrollo que se caracteriza por la presencia de una cúspide accesoria o un tubérculo anormal, presente en la dentición humana. Consiste en esmalte que recubre un núcleo dentinario que generalmente contiene tejido pulpar. Se cree que la etiología del DE implica un componente genético y su prevalencia dependiendo de la población que se estudie oscila entre el 1 % y el 4 %. La fractura de los frágiles tubérculos puede provocar exposición pulpar, seguida de infección, necrosis pulpar y absceso apical.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 14 años acude a CESFAM Dr.Juan Marques en Pica, junto a su madre debido a molestia en diente. Al examen intraoral se observa fístula por vestibular en relación a diente 2.4 y 2.5. Dientes 2.4 aparentemente sano, diente 2.5 con restauración dentinaria superficial en buen estado, ambos responden de forma aumentada a la percusión y frío. Al examen radiográfico, se observa área radiolúcida en relación a diente 2.4, aparente prolongación de tejido pulpar hacia oclusal. Se consulta con endodoncista quien confirma el diagnóstico e indica la derivación al Hospital para realizar la endodoncia.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La detección temprana, condición pulpar y grado de desarrollo radicular del diente determinan el tratamiento. Dado que el DE generalmente se identifica en pacientes jóvenes, la preocupación por el manejo de las raíces inmaduras es de suma importancia para poder realizar procedimientos conservadores como la protección o reducción gradual de los tubérculos y la terapia pulpar vital. Los traumatismos durante la masticación causan fractura o desgaste del tubérculo, lo que conduce a la necrosis pulpar e infección periapical, como es el caso del paciente presentado. Los controles clínicos y radiográficos periódicos son muy importantes para detectar situaciones irregulares y poder realizar una odontología preventiva.
PALABRAS CLAVE	Dens evaginatus, Diagnóstico oral, Pulpa dental.
TÍTULO DEL TRABAJO	NO TODO ES ARTROSIS, ARTRALGIA COMO MANIFESTACIÓN DE VASCULITIS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (ANCA):
CLASE	Caso Clínico (CC).
CATEGORÍA	Medicina interna.

AUTOR	Moncada Merino Monserrat (1)
CO-AUTORES	Díaz Rabanal Francisca (1), Cea Rozas Marcela (1), Águila Sepulveda Javiera (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Comunitario de Salud Familiar Yungay, (2) Interno medicina, Universidad Andres Bello, Talcahuano
INTRODUCCIÓN	Las vasculitis asociadas a Anticuerpos Anti-Citoplasma de Neutrófilos (ANCA) son enfermedades autoinmunes crónicas que afectan pequeño y mediano vaso, destacando la poliangeítis microscópica, frecuente en varones mayores, pero también posible en mujeres. Su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno son fundamentales para evitar complicaciones severas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 88 años con antecedente de hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, consulta en múltiples ocasiones en policlínico y urgencias por cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por artralgia en manos y rodillas, tos, hemoptisis y baja de peso. Al examen físico destaca livedo reticularis, ojo rojo superficial bilateral, murmullo pulmonar disminuido con roncus bilaterales, sin sinovitis, pero squeeze positivo. En exámenes de laboratorio con deterioro de función renal, proteinuria, anemia y rouleaux positivos, factor reumatoide y anti-péptido cíclico citrulinado (Anti-CCP) negativos. Se hospitaliza bajo la sospecha de síndrome riñón pulmón para estudio. Tomografía de tórax informa patrón de Neumonía Intersticial Usual (UIP). En vista de deterioro rápidamente progresivo de función renal sin causa aparente, con sedimento urinario activo, hematuria y proteinuria, además síntomas pulmonares se sospecha glomerulonefritis rápidamente progresiva. Se realiza biopsia renal, aún pendiente resultado, y se reciben anticuerpos dirigidos contra la mieloperoxidasa (Anti MPO) positivo por lo que se sospecha posible poliangeítis microscópica. Se inicia manejo con metilprednisolona y ciclofosfamida, evolucionando favorablemente con disminución de dolor y cese de hemoptisis.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La poliangeítis microscópica se caracteriza por la existencia de glomerulonefritis, hemorragia alveolar y mononeuritis múltiple, pero también puede manifestarse como fiebre, pérdida de peso, artralgias, mialgias y livedo reticularis. En este caso la paciente presentó inicialmente síntomas inespecíficos lo cual retrasó el proceso diagnóstico. Por lo tanto, es importante poner atención a dichos síntomas y realizar una adecuada

anamnesis y examen físico, puesto que un diagnóstico y tratamiento oportuno pueden contribuir en mejorar el pronóstico de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE	Corticoides, Poliangeitis microscópica, Vasculitis
TÍTULO DEL TRABAJO	Difilobotriasis a propósito de un caso
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA	b) Medicina interna
AUTOR	Reyes Morales Ariel Fabián (1)
CO-AUTORES	Silva González Camila Belén (2) Chiesa O Casagrande Castañeda Nicolas Stefano (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Cesfam N°3 Abel Zapata, Rancagua. (2) Médico general de zona, CESFAM Bernardo Leighton, Puente Alto
INTRODUCCIÓN	La difilobotriasis es una enfermedad parasitaria que afecta principalmente el tracto gastrointestinal, provocada por un cestodo del género <i>Diphyllbothrium</i> . Se presenta generalmente en el sur de Chile y está ligada al consumo de truchas y salmón crudo, infectadas por el parásito. Dentro de sus síntomas destacan, dolor y molestias abdominales inespecíficas, diarrea, debilidad, pérdida de peso, hipovitaminosis, aunque generalmente cursa de manera asintomática. El tratamiento se realiza con praziquantel en monodosis, asociado a tratamiento para posibles complicaciones dadas durante la infección. Se debe evitar el consumo de pescados crudos.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 53 años acude a consulta por cuadro de 3 semanas de evolución de epigastralgia EVA 4/10 sin irradiación, asociado a diarrea sin elementos patológicos, niega baja de peso, vómitos, fiebre ni transgresión alimentaria. Sin contactos familiares ni domiciliarios con sintomatología gastrointestinal. Al interrogatorio dirigido refiere consumo ocasional de pescado de río y mar de pesca propia. Se solicita estudio con ecografía abdominal que informa hígado graso moderado, vesícula en gorro frigio con pared prominente. Lesiones anecogénicas renales derecha sugerentes de quiste. Meteorismo. Además se solicita estudio Parasitológico que informa, <i>diphyllbothrium</i> sp. Coprocultivo negativo. Se inicia tratamiento con praziquantel, con resolución de sintomatología

y negativización de exámenes. Además se educa al paciente respecto al consumo de pescados.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La Difilobotriasis es una parasitosis, con incidencia en aumento, ligada al consumo de pescado crudo como en el caso del sushi o ceviche. La sintomatología es inespecífica, por lo tanto, la anamnesis y el índice de sospecha es fundamental para lograr un diagnóstico preciso. En Chile el tratamiento no está disponible en venta libre, por lo que debe ser solicitado vía mail a MINSAL. Es importante realizar educación a la población en cuanto al consumo de alimentos crudos y sus posibles consecuencias.
PALABRAS CLAVE	Parasitosis, crudo, pescado
TÍTULO DEL TRABAJO	DERRAME PLEURAL SECUNDARIO A FÍSTULA PANCREÁTICOPLEURAL. A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	Medicina Interna
AUTOR	Segovia Rojas Jorge (1)
CO-AUTORES	Pacheco Carrasco Loreto (1), Vargas Hermosilla Eduardo (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, Hospital de Peñablanca, Villa Alemana. (2) Interno de Medicina, Universidad Austral de Chile, Osorno.
INTRODUCCIÓN	La fístula pancreático-pleural es una complicación poco frecuente de la pancreatitis. Consiste en la disrupción inflamatoria del conducto pancreático, liberando secreciones pancreáticas. Cuando ocurre en la parte anterior del ducto, se genera ascitis. Si es en la parte posterior, el líquido pancreático puede pasar a través del hiato aórtico, hiato esofágico o directamente por el diafragma hacia el tórax, formando una fístula pancreático-pleural. La acumulación de líquido pancreático en la zona torácica puede dar lugar a un derrame pleural o a un pseudoquiste pleural o mediastínico. Se reporta caso clínico con objetivo de destacar patología de presentación infrecuente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 66 años con antecedentes de pancreatitis alcohólica se hospitaliza en contexto de derrame pleural derecho masivo. Se solicita angio TAC de tórax que evidencia imágenes de aspecto nodular pleural. Se instala pleurostomía y se realiza biopsia por videotoracosopia y toma de cultivo que informaron negativos, PCR tuberculosis (-). Biopsia

informó pleuritis aguda fibrinoleucocitaria en etapa de granulación, se descarta cáncer. Dado de alta con antibióticos. Reconsulta por disnea asociado a fiebre. Se rehospitaliza en contexto de recidiva de derrame pleural. Se realiza estudio que evidencia derrame pleural exudativo con sospecha de derrame paraneumónico. Evaluado por equipo de medicina interna, por historia poco concordante de neumonía y antecedentes de pancreatitis se solicita ColangioRNM que evidencia fístula pancreático-pleural.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La incidencia de la fístula pancreático-pleural se estima en el 0,4% de los pacientes con pancreatitis. Habitualmente afecta a pacientes con pancreatitis crónica alcohólica. El diagnóstico se basa en las pruebas de imagen. El aumento de amilasa en el líquido pleural confirma su diagnóstico. El manejo conservador consiste en la instalación endoscópica de una prótesis pancreática y drenaje del fluido pancreático con una tasa de éxito entre el 30-60%. Se recurre a cirugía en presentaciones muy graves como sangrado, infección o rotura de pseudoquiste.

PALABRAS CLAVE Pancreatitis, Fístula pancreática, Derrame pleural

TÍTULO DEL TRABAJO DIABETES DESCOMPENSADA COMO CAUSA REVERSIBLE DE PARÁLISIS DE TERCER PAR CRANEAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

CLASE g) Neurología

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Vergara Becerra Natalia (1)

CO-AUTORES Espinoza Estay Pablo (1), Martinez Figueroa Francisco (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Gorbea, Gorbea.

TÍTULO DEL TRABAJO DIABETES DESCOMPENSADA COMO CAUSA REVERSIBLE DE PARÁLISIS DE TERCER PAR CRANEAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

INTRODUCCIÓN Una lesión del nervio oculomotor (tercer par) causa ptosis, midriasis y oftalmoparesia hacia superior, inferior o medial. Las causas de parálisis del oculomotor incluyen el accidente vascular (ACV), trauma, isquemia, tumores cerebrales, entre otras. La más frecuente es la oftalmoplejia diabética, la cual no presenta alteración pupilar, al afectar la porción central del oculomotor. Su aparición depende del tiempo de evolución de la enfermedad microangiopática y del grado de descompensación de la patología. En la mayoría de los casos el estudio diagnóstico con imágenes

es necesario para descartar causas de mayor letalidad como ACV, aneurismas o tumores.

PRESENTACIÓN DEL CASO Masculino de 56 años, antecedente de diabetes descompensada, última hemoglobina glicosilada en 12,3%, que rechaza insulina. Consultó por cefalea, diplopía ojo derecho (OD) e inestabilidad en la marcha. Destaca ptosis palpebral derecha, OD en abducción, no logra visión hacia medial, paresia del oculomotor derecho y reflejo fotomotor débil, resto normal. Se realiza escáner de cerebro con contraste para estudio angiográfico y resonancia cerebral, sin lesión isquémica aguda. Dado clínica de presentación y glicemia elevada se sospecha origen metabólico. Se hospitaliza para manejo, rehabilitación con parche ocular alternante con buena respuesta, e inicio de insulina. Al alta sin ptosis, menor diplopía (solo a mirada extrema izquierda), sin oftalmoparesia. Paciente entrega consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El diagnóstico diferencial de la parálisis del tercer par es clave para el manejo y pronóstico del cuadro, puesto que algunas causas son reversibles. La oftalmoplejía diabética es un cuadro de buen pronóstico, cuyo tratamiento es el adecuado control metabólico y la oclusión ocular, con recuperabilidad en 1-3 meses. Por otro lado, patologías como aneurisma y ACV no poseen el mismo potencial de recuperabilidad sin manejo específico agudo. Es por esto que su sospecha temprana es clave para garantizar la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE Enfermedades del Nervio Oculomotor, Oftalmoplejía, Complicaciones de la Diabetes.

TÍTULO DEL TRABAJO DISECCIÓN AÓRTICA EN PACIENTE SIN FACTORES DE RIESGO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Cirugía

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Cortez Aravena, Melwin (1)

CO-AUTORES Soto López, Francisca (2), Montesinos Perez, Catalina (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Departamento de Salud Municipal Tucapel, Posta Polcura, Tucapel.
(2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Paulina Avendaño, Talcahuano.
(3) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Pinares, Chiguayante.

INTRODUCCIÓN	La disección aórtica (DA) es la ruptura de la capa íntima de la aorta, lo cual provoca una hemorragia intramural y la separación de las capas de su pared, formando un lumen falso. Los principales factores de riesgo son hipertensión arterial, sexo masculino, edad mayor a 65 años, tabaquismo, enfermedades de tejido conectivo, enfermedad aórtica preexistente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 59 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos previos conocidos, con controles preventivos al día, presenta dolor torácico intenso, de inicio súbito asociado a disnea. Al ingreso al servicio de urgencia, presenta hipertensión leve, sin taquicardia, saturación de oxígeno normal y electrocardiograma sin hallazgos patológicos. Por disnea súbita, se realiza una angiotomografía computarizada (AngioTC) de tórax, abdomen y pelvis, que muestra una disección aórtica Stanford A que se extiende desde la raíz aórtica hasta ambas arterias ilíacas comunes y arteria ilíaca interna izquierda. Ingres a cirugía de urgencia, donde se realiza un reemplazo de aorta ascendente y resuspensión de la válvula aórtica.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La DA es una urgencia médica asociada a alta mortalidad, llegando al 60% en las primeras 24 horas, por lo que su diagnóstico precoz es fundamental para poder iniciar oportunamente el manejo médico y también quirúrgico en el caso de las disecciones Stanford A. Su presentación clínica más frecuente es dolor torácico intenso, en paciente con factores de riesgo asociados. En el caso clínico se presenta una paciente sin factores de riesgo para DA que consulta por dolor torácico, por lo que inicialmente se busca descartar un síndrome coronario agudo y tromboembolismo pulmonar, por su frecuencia de presentación, pesquizando la DA en el AngioTC. Debido a la alta mortalidad de esta patología y su necesidad de tratamiento urgente, es fundamental tener un alto índice de sospecha frente a una clínica sugerente, independiente de la presencia de factores de riesgo.
PALABRAS CLAVE	Diagnóstico precoz, Disección aórtica, Dolor torácico.
TÍTULO DEL TRABAJO	DISFUNCIÓN COGNITIVA Y DEPRESIÓN REACTIVA EN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. UN ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Psiquiatría
AUTOR	Reyes Santana Mauricio (1)

CO-AUTORES	Cortés Ramos Felipe (1), Quevedo Marilao Ámbar (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Lota, Lota.
INTRODUCCIÓN	Los accidentes cerebrovasculares (ACV) son una causa importante de discapacidad en personas adultas mayores. Las alteraciones cognitivas y afectivas posteriores a un evento vascular cerebral son frecuentes, pero suelen pasar desapercibidas, especialmente en pacientes con factores de riesgo acumulados y redes de apoyo limitadas. Este caso clínico resalta la relevancia de un abordaje interdisciplinario desde la atención primaria para favorecer la recuperación funcional, emocional y social.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 54 años, con escolaridad incompleta (segundo medio), cesante, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, artrosis, síndrome del túnel carpiano y accidentes cerebrovasculares previos (años 2016 y 2020) sin secuelas relevantes. En marzo de 2024 presenta un nuevo accidente cerebrovascular isquémico frontal derecho fuera de ventana terapéutica, desarrollando disartria, hemiparesia izquierda, pérdida funcional y quejas cognitivas progresivas (olvidos, desorientación espacial, conductas inusuales). En atención primaria es evaluada por un equipo multidisciplinario: terapia ocupacional reporta deterioro en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; psicología identifica un trastorno adaptativo con sintomatología depresiva (depresión reactiva), además de antecedentes de trauma infantil no tratados; neurología informa una tomografía computarizada con lesión paraventricular derecha y una angiografía cerebral sin alteraciones significativas. Exámenes complementarios no destacan otros hallazgos relevantes. Se inicia tratamiento con inhibidor selectivo de recaptación de serotonina (sertralina) y psicoterapia, con buena respuesta clínica.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El cuadro clínico sugiere una depresión reactiva vinculada a la pérdida de funcionalidad, en el contexto de alta vulnerabilidad psicosocial y bajo control de enfermedades crónicas. Aunque no se descarta deterioro neurocognitivo vascular precoz, se prioriza la rehabilitación funcional y el manejo emocional. Este caso enfatiza la importancia de pesquisar síntomas neuropsiquiátricos post accidente cerebrovascular y de mantener un acompañamiento integral desde el nivel primario de salud.
PALABRAS CLAVE	Accidente Cerebrovascular, Atención Primaria, Depresión Reactiva, Disfunción Cognitiva, Grupo de Atención Multidisciplinaria, Rehabilitación, Salud Mental.

TÍTULO DEL TRABAJO	PARÁLISIS FACIAL EN UN RECIÉN NACIDO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. REPORTE DE CASO			
CLASE	Caso Clínico (CC)			
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía infantil			
AUTOR	1)Janitza Andrea Norín Maldonado			
CO-AUTORES	2)Rafael	Andrés	López	Dubó
	3)Hernán Francisco San Martín Toledo			
AFILIACIÓN	1)Médica	EDF	CESFAM	Llayllay
	2)Médico	EDF	CESFAM	Llayllay
	3)Médico EDF Hospital de Licantén			
INTRODUCCIÓN	La parálisis facial en neonatos debe hacernos sospechar causas sindrómicas (1), buscando otros hallazgos. Presentamos un caso asociación CHARGE, acrónimo que involucra diferentes malformaciones (Coloboma, H: cardiopatía, Atresia de coanas, Retraso del crecimiento, G: hipoplasia genital y E: anomalías auditivas)(2), con una prevalencia de 1:10.000 (3), generando un desafío diagnóstico.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Lactante de 37 semanas, madre diabética con mal control. Al nacer, Apgar 9-9, con parálisis facial derecha. Hospitalizada en neonatología para estudio por cardiopatía congénita, coloboma derecho, agenesia derecha, microtia izquierda y parálisis facial derecha. Se solicitan potenciales auditivos (pasa ambos oídos) + escáner cavidades paranasales por sospecha estenosis de la apertura piriforme, normal. Cariotipo: sin alteraciones numéricas, ni estructurales. Sin otros estudios genéticos.			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso, corresponde a un Síndrome de CHARGE atípico, según Verloes (4). Como médicos generales, podemos sospechar, al encontrar parálisis facial neonatal, disfagia, hipoacusia, malformaciones auriculares, coloboma y/o soplo cardíaco. No es necesario cumplir con los criterios clásicos, para derivar oportunamente. En el caso presentado, se realizó manejo por diferentes especialidades, permitiendo grandes avances. La importancia de sospechar, a pesar de no contar con estudio genético más acabado y no cumplir con los criterios clásicos, permite cambiar una vida.			
PALABRAS CLAVE	Síndrome CHARGE, asimetría facial, anomalías congénitas			
REFERENCIAS	(1)Kamal NM, Omair MM, Attar R, Abosabie SA, Asiri NM, Sherief LM, El-Shabrawi M. Facial Asymmetry in a Newly Born Baby: Diagnostic Challenge! Clin Med			

(2)Lina-Granade G, Porot M, Vesson JF, Truy E. More about cochlear implantation in children with 10.1179/146701010X12671177818704. PMID: 21756609.
(3)Hale CL, Niederriter AN, Green GE, Martin DM. Atypical phenotypes associated with pathogenic CHD7 variants and a proposal for broadening CHARGE syndrome clinical diagnostic criteria. Am J Med Genet A. 2016 Feb;170A(2):344-354. doi: 10.1002/ajmg.a.37435. Epub 2015 Nov 21. PMID: 26590800; PMCID: PMC5102387.
(4)Verloes, A. (2005). Updated diagnostic criteria for CHARGE syndrome: A proposal. American Journal of Medical Genetics Part A, 133A(3), 306–308. doi:10.1002/ajmg.a.30559

TÍTULO DEL TRABAJO	DEL PARÁLISIS FACIAL EN UN RECIÉN NACIDO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. REPORTE DE CASO
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía infantil
AUTOR	1)Janitza Andrea Norín Maldonado
CO-AUTORES	2)Rafael Andrés López Dubó 3)Hernán Francisco San Martín Toledo
AFILIACIÓN	1)Médica EDF CESFAM Llayllay 2)Médico EDF CESFAM Llayllay 3)Médico EDF Hospital de Licantén
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL PARÁLISIS FACIAL EN UN RECIÉN NACIDO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. REPORTE DE CASO
INTRODUCCIÓN	La parálisis facial en neonatos debe hacernos sospechar causas sindrómicas (1), buscando otros hallazgos. Presentamos un caso asociación CHARGE, acrónimo que involucra diferentes malformaciones (Coloboma, H: cardiopatía, Atresia de coanas, Retraso del crecimiento, G: hipoplasia genital y E: anomalías auditivas)(2), con una prevalencia de 1:10.000 (3), generando un desafío diagnóstico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Lactante de 37 semanas, madre diabética con mal control. Al nacer, Apgar 9-9, con parálisis facial derecha. Hospitalizada en neonatología para estudio por cardiopatía congénita, coloboma derecho, agenesia derecha, microtia izquierda y parálisis facial derecha. Se solicitan potenciales auditivos (pasa ambos oídos) + escáner cavidades paranasales por

sospecha estenosis de la apertura piriforme, normal. Cariotipo: sin alteraciones numéricas, ni estructurales. Sin otros estudios genéticos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso, corresponde a un Síndrome de CHARGE atípico, según Verloes (4). Como médicos generales, podemos sospechar, al encontrar parálisis facial neonatal, disfagia, hipoacusia, malformaciones auriculares, coloboma y/o soplo cardíaco. No es necesario cumplir con los criterios clásicos, para derivar oportunamente. En el caso presentado, se realizó manejo por diferentes especialidades, permitiendo grandes avances. La importancia de sospechar, a pesar de no contar con estudio genético más acabado y no cumplir con los criterios clásicos, permite cambiar una vida.

PALABRAS CLAVE Síndrome CHARGE, asimetría facial, anomalías congénitas

TÍTULO DEL TRABAJO GLIOMA DE ALTO GRADO IDH1 NEGATIVO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME VESTIBULAR Y PARÁLISIS FACIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE g) Neurología

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Vergara Becerra Natalia (1)

CO-AUTORES Martínez Figueroa Francisco (1), Wallach Weinstein Arieih (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Gorbea, Gorbea.

TÍTULO DEL TRABAJO GLIOMA DE ALTO GRADO IDH1 NEGATIVO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME VESTIBULAR Y PARÁLISIS FACIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO:

INTRODUCCIÓN Los gliomas de alto grado son tumores cerebrales primarios malignos y a menudo de progresión rápida, los síntomas clásicos de presentación suelen ser cefalea (50-60%), convulsiones (20-50%) o déficit focales (10-40%). Se presenta caso destacando presentación clínica de síndrome vestibular asociada a parálisis facial y dificultad en diagnóstico diferencial.

PRESENTACIÓN DEL CASO Femenina de 57 años antecedentes de diabetes e hipertensión, consultó en urgencia por cervicalgia y parestesia labial, examen físico impresionado normal, se indicó manejo sintomático. Consultó 1 semana después por parestesia labial izquierda, vértigo, tinnitus izquierdo, dificultad en bipedestación, al examen físico destaca hipoestesia facial izquierda, parálisis facial infranuclear izquierda, nistagmo horizontal fase rápida a derecha, marcha con base de sustentación aumentada. En sospecha de

accidente cerebrovascular de fosa posterior se realizó escáner cerebral sin contraste y angiotac de vasos de cuello informados sin hallazgos patológicos. Se asume vértigo periférico, se dio de alta con manejo sintomático. En tercera consulta se decide toma de resonancia cerebral donde se evidenció lesión en pedúnculo cerebeloso izquierdo mal definida. Se hospitaliza para estudio, se toma biopsia que informa glioma de alto grado IDH1 negativo, se decide inicio de radioterapia, sin embargo paciente evolucionó con empeoramiento progresivo, a los 3 meses desde su primera consulta, previo a radioterapia. Consentimiento informado otorgado por hijo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Paciente con consultas en urgencia con clínica vestibular y de parálisis facial que sugiere cuadro central, sin embargo por escáner normal se asume cuadro periférico. Importante considerar en práctica clínica que la resonancia magnética es el estándar de oro para tumores cerebrales, pues el scanner no es útil para visualizarlos, menos en fosa posterior en la mayoría de los casos. Sobrevida suele ser de mal pronóstico con sobrevida de 1,5 a 2 años, en este caso paciente desde primera consulta en urgencia sobrevivió 3 meses.

PALABRAS CLAVE Glioma, Parálisis Facial, Vértigo.

TÍTULO DEL TRABAJO CLAUDICACIÓN INDOLORA Y USO DE BASTONES ATRIBUIDOS A ARTROSIS REVELAN MIELOPATÍA DORSAL POR MEMBRANA ARACNOIDEA:

CLASE g) Neurología

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Delgado Vera Matías (1)

CO-AUTORES Raposo Sobarzo Leon (2)
Cabrera Artal Maximiliano (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital Intercultural Comunitario Futa Sruka Lawenche Kunko Mapu Mo de Misión San Juan.
(2) Médico General de Zona, Hospital Jorge Ibar Bruce, Puerto Cisnes.

INTRODUCCIÓN La membrana aracnoidea dorsal es causa infrecuente de mielopatía compresiva progresiva; la demora diagnóstica favorece discapacidad irreversible. En atención primaria rural, la debilidad de extremidades inferiores suele atribuirse a artrosis. Presentamos el caso de un adulto mayor que permaneció ocho años con ese diagnóstico, usó bastones sin dolor y finalmente se confirmó mielopatía dorsal por membrana

aracnoidea y polineuropatía axonal, resaltando la importancia de la sospecha neurológica y del acceso oportuno a resonancia magnética (RM).

PRESENTACIÓN DEL CASO Varón de 72 años, hipertenso y dislipidémico, llega control crónico, se pesquiza historia de debilidad progresiva de extremidades inferiores de más menos 5 años, con caídas;. Examen: fuerza muscular Medical Research Council (MRC) 2 en muslos, MRC 3 en piernas y MRC 5 en pies; reflejos ausentes en ambas extremidades inferiores; sensibilidad conservada; dismetría leve. Evaluado por neurología en hospitalización abreviad, laboratorio sin alteraciones mayores. RM cervicodorsal mostró indentación posterior medular en T4 con hiperintensidad intramedular compatible con membrana aracnoidea dorsal. RM cerebral evidenció leucoencefalopatía microangiopática e infarto lacunar. Líquido cefalorraquídeo: proteínas 0,22 g/dL y bandas oligoclonales tipo 4. Electromiografía reveló polineuropatía motora axonal crónica. Perfil autoinmune y marcadores tumorales negativos. Se indicó kinesioterapia; se descartó cirugía debido a estabilidad radiológica y comorbilidades. Evolucionó sin nuevo déficit, se obtuvo consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La «web» aracnoidea dorsal produce compresión focal y mielopatía progresiva; el signo de «cola de zarigüeya» en RM es característico. La polineuropatía axonal concomitante confunde la presentación, por lo que la electromiografía delimita el nivel de lesión. Aunque la resección quirúrgica puede mejorar la función neurológica, en adultos mayores con déficit estable la rehabilitación intensiva preserva funcionalidad. Este caso subraya que la claudicación no siempre debe atribuirse a artrosis; solicitar RM dorsal, integrar estudios neurofisiológicos y derivar oportunamente desde atención primaria rural es esencial para prevenir discapacidad.

PALABRAS CLAVE Membrana Aracnoidea, Mielopatía, Polineuropatías

TÍTULO DEL TRABAJO PERICARDITIS AGUDA RELACIONADA A INFECCIÓN POR SARS COV 2 EN ADULTO JOVEN EN 2025:

CLASE b) Medicina interna.

CATEGORÍA Caso Clínico (CC)

AUTOR Delgado Vera Matias (1)

CO-AUTORES Raposo Sobarzo Leon (2)
Cabrera Artal Maximiliano (1)

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Intercultural Comunitario Futa Sruka Lawenche Kunko Mapu Mo de Misión San Juan. (2) Médico General de Zona, Hospital Jorge Ibar Bruce, Puerto Cisnes.
INTRODUCCIÓN	La infección por el coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave tipo 2 (SARS-CoV-2) produce diversas complicaciones cardíacas. Estudios en personal sanitario refieren compromiso pericárdico y/o miocárdico en treinta y uno por ciento de los casos, con pericarditis aislada en seis por ciento. Aunque poco frecuente, la inflamación del pericardio puede evolucionar a derrame masivo y taponamiento si no se diagnostica de manera temprana; el tratamiento oportuno disminuye hospitalización y recurrencia.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Varón de treinta y un años, hipertenso tratado con losartán, consultó por dolor torácico opresivo de ocho sobre diez puntos en la Escala Visual Análoga, irradiado a cuello y exacerbado con la inspiración; se acompañaba de disnea y tos productiva. Doce horas antes recibió manejo sintomático por gastroenteritis. Ingresó hemodinámicamente estable; campos pulmonares sin crépitos, extremidades inferiores sin edema. El electrocardiograma mostró ritmo sinusal con onda Q patológica en derivación D3. Los biomarcadores iniciales fueron troponina T doscientos ochenta y ocho nanogramos por litro, creatina quinasa fracción MB catorce unidades por litro, proteína C reactiva ciento ochenta y seis miligramos por litro y pro-péptido natriurético cerebral catorce picogramos por mililitro, con descensos posteriores. La angiotomografía de tórax no evidenció tromboembolismo pulmonar. El panel respiratorio resultó negativo, excepto antígeno y reacción en cadena de la polimerasa positivas para SARS-CoV-2. El ecocardiograma mostró fracción de eyección del ventrículo izquierdo de setenta y tres por ciento, pericardio posteroinferior engrosado de cuatro milímetros y derrame laminar de hasta cien mililitros sin compromiso hemodinámico. Descartado síndrome coronario agudo, se suspendió doble antiagregación y se indicó ketoprofeno cincuenta miligramos cada ocho horas durante siete días más colchicina quinientos microgramos cada doce horas durante treinta días, con franca mejoría. Fue dado de alta al quinto día; firmó consentimiento informado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La clínica pleurítica posicional, el engrosamiento pericárdico, el derrame discreto y el panel molecular sustentaron pericarditis viral secundaria a SARS-CoV-2. La elevación leve de troponina junto con función sistólica conservada descartó miocarditis significativa. El régimen antiinflamatorio con antiinflamatorio no esteroideo y colchicina, recomendado por la Sociedad Europea de Cardiología, resultó eficaz y reduce recurrencias. Este caso resalta la necesidad de considerar

pericarditis en adultos jóvenes con dolor torácico y mantener a SARS-CoV-2 como etiología potencial.

PALABRAS CLAVE	Colchicina, SARS-CoV-2, Pericarditis
TÍTULO DEL TRABAJO	PÉNFIGO VULGAR EN PACIENTE DE 50 AÑOS, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	H) Especialidades (Dermatología)
AUTOR	Barbosa Troncoso Paulina (1)
CO-AUTORES	Escobar Toro Nicol (2) Bravo Pozo Ignacia (3) Velásquez Palavecino Catalina (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación, Hospital de Galvarino (2) Interna de medicina, Universidad de La Frontera (3) Médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación, Hospital de Galvarino (4) Médico Cirujano, Hospital de Galvarino
TÍTULO DEL TRABAJO	PÉNFIGO VULGAR EN PACIENTE DE 50 AÑOS, A PROPÓSITO DE UN CASO:
INTRODUCCIÓN	El pénfigo es un grupo de enfermedades autoinmunes poco frecuentes que causan ampollas en piel y mucosas. La principal causa es autoinmunitaria, pero también pueden gatillarla fármacos, infecciones y neoplasias. Tiene mortalidad hasta 90%, por tanto, su diagnóstico precoz y tratamiento es esencial, con uso de corticoides sistémicos, inmunosupresores y manejo integral. La mortalidad ha disminuido a menos del 10% en la mayoría de las series clínicas modernas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente consulta por lesiones ampollares de 20 días de evolución, inicialmente en cuero cabelludo y posteriormente en tronco y extremidades, acompañadas de prurito, dolor leve, fiebre, y compromiso ocular y oral. Ingresa a urgencias con lesiones costrosas, malolientes, generalizadas, signo de Nikolsky positivo y signos de sobreinfección. Se hospitaliza con diagnóstico presuntivo de pénfigo vulgar sobreinfectado vs eritema multiforme mayor. Se inicia manejo con prednisona, cefazolina y curaciones locales, con buena respuesta clínica y descenso de

parámetros inflamatorios. La biopsia de piel con inmunofluorescencia directa confirmó pénfigo vulgar. Se completó tratamiento y se dio de alta con seguimiento por dermatología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Pénfigo vulgar es una dermatosis autoinmune grave, caracterizada por ampollas intraepidérmicas y signo de Nikolsky positivo. Su curso puede ser rápidamente progresivo y potencialmente fatal si no se trata oportunamente. En este caso, el diagnóstico fue desafiante por la sobreinfección y el compromiso mucoso, planteándose como diagnóstico diferencial eritema multiforme mayor. La respuesta favorable con corticoides y antibióticos respalda la importancia del tratamiento precoz.

PALABRAS CLAVE Pemphigus vulgaris, Autoimmune diseases, "Skin diseases"

TÍTULO DEL TRABAJO LESIÓN CERVICAL GIGANTE, REPORTE DE CASO DE UN QUISTE EPIDERMÓIDE SUBMANDIBULAR:

CLASE Caso Clínico (CC).

CATEGORÍA d) Cirugía.

AUTOR Steuer Holmgren Andrés (1)

CO-AUTORES Pedreros Valenzuela Catalina (2)
Contreras Maldonado Lucas (3)
Villagra Cabrera Joaquín (3)

AFILIACIÓN (1) : Médico Cirujano, Universidad Austral de Chile, Valdivia.
(2): Médico Cirujano, Becada de Cirugía General, Universidad Austral de Chile, Valdivia.
(3): Interno de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia

INTRODUCCIÓN El quiste epidermoide es una lesión benigna que se origina de células epiteliales atrapadas durante el desarrollo embrionario. Los quistes epidermoides gigantes en la región submandibular son extremadamente raros, con pocos casos reportados. Suelen ser compresivos o estéticos. El tratamiento es la resección quirúrgica completa.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 23 años, con antecedente desde los 8 años con tumor cervical anterior. En el 2018, se realizó una ecografía cervical que informó un quiste tirogloso de 5.6 × 22 mm, motivo por el cual ingresó a la lista de espera quirúrgica en el Hospital Base Valdivia. En 2024, se

realizó una nueva ecografía cervical, mostrando hallazgos sugestivos de un quiste dermoide submandibular de 7 cm de diámetro transverso. En noviembre de 2024, el paciente ingresó al servicio de cirugía para la resolución quirúrgica del caso. Se procedió con una cervicotomía transversa central a 2 cm del borde mandibular y apertura del rafe milohioideo. Durante la intervención, se evidenció un tumor blando de pared blanquecina que fue disecado de forma roma. Durante el procedimiento, la pared del quiste se rompió, liberando líquido transparente y una masa con pelos. La resección se completó, separando la lesión del hioides. La muestra fue enviada a biopsia diferida, el informe describió una masa quística de 7 × 4 × 2 cm, con superficie hemorrágica y salida de material cremoso y pelos. El diagnóstico fue confirmado como un quiste epidermoide.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El quiste epidermoide gigante submandibular es una entidad benigna infrecuente. El manejo depende de los síntomas y del tamaño del quiste. La ecografía es útil para el diagnóstico diferencial, pero el diagnóstico definitivo se obtiene mediante análisis histopatológico. Se recomienda la resección quirúrgica completa para evitar la recurrencia (menor del 5%). No requiere seguimiento tras la resección completa.

PALABRAS CLAVE Lesiones Cervicales, Quistes Epidermoides, Región Submandibular.

TÍTULO DEL TRABAJO “REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS EN PACIENTE DE PACIENTE DE 23 AÑOS”:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA e) Ginecología y Obstetricia

AUTOR Gutiérrez Jara Rocío (1)

CO-AUTORES Muñoz Gómez Valentina (2), Salvatierra Fernández Paloma (2)

AFILIACIÓN (1) Médico EDF, Hospital de Yungay, Yungay
(2) Interno/a Medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción

INTRODUCCIÓN El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFHC) es una manifestación poco común de la enfermedad inflamatoria pélvica, que afecta a mujeres en edad fértil. Consiste en la inflamación de la cápsula hepática, asociada a formación de adherencias, que se manifiesta por dolor en el cuadrante superior derecho (CSD) del abdomen. El patógeno causal principal es la *C. trachomatis*, seguido de *N. gonorrhoeae*.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 23 años, sexualmente activa, consentimiento firmado. Presentó cuadro de dolor en hipogastrio, asociado a leucorrea, disuria y polaquiuria, que motivaron a consultar. Se solicitó exámen de orina, urocultivo y cultivo de flujo vaginal, los cuales reportaron orina inflamatoria, presencia de E. coli y Gardenella vaginalis, respectivamente. Recibió tratamiento antibiótico con Metronidazol óvulos, añadiéndose posteriormente Ciprofloxacino para infección del tracto urinario (ITU). Paciente evolucionó con persistencia de síntomas, migración del dolor al CSD y anorexia. Se complementó estudio con ecografía transvaginal, sin hallazgos intrauterinos ni anexiales, y panel PCR de enfermedades de transmisión sexual, positivo para Neisseria gonorrhoeae. Posteriormente, paciente consultó en servicio de urgencias por dolor abdominal de predominio en hipocondrio derecho, tipo pleurítico, exacerbado con la respiración y posición en decúbito. Ingresó levemente taquicardica, hipertensa, afebril, en posición antiálgica. En base a resultado de exámen, recibió tratamiento antibiótico endovenoso, con respuesta favorable.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En este caso, vemos una presentación con sintomatología ginecológica y urinaria concomitante, que puede haber sesgado la sospecha de SFCH inicialmente. Si bien el dolor en CSD del abdomen puede atribuirse a variadas patologías y resultar inespecífico, es el síntoma principal en este síndrome, siendo importante considerarlo como diagnóstico diferencial en mujeres sexualmente activas. Generalmente, el diagnóstico se realiza combinando pruebas de laboratorio y de imagen, sin embargo, en este caso la sintomatología y los antecedentes recabados con exámenes previos, fueron suficientes para finalmente establecerlo y entregar el tratamiento antibiótico adecuado.
PALABRAS CLAVE	Dolor abdominal, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Neisseria gonorrhoeae
TÍTULO DEL TRABAJO	PARÁLISIS FACIAL EN UN RECIÉN NACIDO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. REPORTE DE CASO
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía infantil
AUTOR	1)Janitza Andrea Norín Maldonado
CO-AUTORES	2)Rafael Andrés López Dubó 3)Hernán Francisco San Martín Toledo

AFILIACIÓN	1)Médica	EDF	CESFAM	Llayllay
	2)Médico	EDF	CESFAM	Llayllay
	3)Médico EDF Hospital de Licantén			

INTRODUCCIÓN La parálisis facial en neonatos debe hacernos sospechar causas sindrómicas (1), buscando otros hallazgos. Presentamos un caso asociación CHARGE, acrónimo que involucra diferentes malformaciones (Coloboma, H: cardiopatía, Atresia de coanas, Retraso del crecimiento, G: hipoplasia genital y E: anomalías auditivas)(2), con una prevalencia de 1:10.000 (3), generando un desafío diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO Lactante de 37 semanas, madre diabética con mal control. Al nacer, Apgar 9-9, con parálisis facial derecha. Hospitalizada en neonatología para estudio por cardiopatía congénita, coloboma derecho, agenesia derecha, microtia izquierda y parálisis facial derecha. Se solicitan potenciales auditivos (pasa ambos oídos) + escáner cavidades paranasales por sospecha estenosis de la apertura piriforme, normal. Cariotipo: sin alteraciones numéricas, ni estructurales. Sin otros estudios genéticos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso, corresponde a un Síndrome de CHARGE atípico, según Verloes (4). Como médicos generales, podemos sospechar, al encontrar parálisis facial neonatal, disfagia, hipoacusia, malformaciones auriculares, coloboma y/o soplo cardíaco. No es necesario cumplir con los criterios clásicos, para derivar oportunamente. En el caso presentado, se realizó manejo por diferentes especialidades, permitiendo grandes avances. La importancia de sospechar, a pesar de no contar con estudio genético más acabado y no cumplir con los criterios clásicos, permite cambiar una vida.

PALABRAS CLAVE Síndrome CHARGE, asimetría facial, anomalías congénitas

TÍTULO DEL TRABAJO SÍNDROME DE MARFAN CON DILATACIÓN AORTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA c) Pediatría y cirugía infantil

AUTOR Campos Sepúlveda Cristian (1)

CO-AUTORES Villagra Iturriaga Paula (1)
Álvarez León Sebastián (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de zona, CESFAM Carol Urzúa, San Bernardo

INTRODUCCIÓN El síndrome de Marfan (SMF) es un trastorno hereditario del tejido conectivo que puede presentar afectación ocular, musculoesquelética y

cardiovascular, siendo esta última la causa principal de morbimortalidad, con alto riesgo aneurismas y disección aórtica. Su prevalencia es de 1 entre 5.000 personas. Se diagnostica con los criterios de Ghent revisados, teniendo alta variabilidad fenotípica entre los casos. Es importante tener en consideración esta patología, pues sin un diagnóstico y seguimiento oportuno se reduce la esperanza de vida, aumentando la mortalidad especialmente entre la tercera y quinta década de vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 10 años, sin comorbilidades, derivado desde control sano por talla alta, al interrogatorio presenta disnea de moderados esfuerzos, sin síncope o dolor torácico, sin antecedentes familiares relevantes. Al examen físico destaca pectus excavatum (PE) pronunciado, extremidades superiores de mayor largo en comparación con inferiores, signos de pulgar y muñeca positivos, hiperlaxitud articular, y estrías en zona lumbar. El estudio con radiografía de carpo evidencia edad ósea de 12 años 6 meses. Se solicita tomografía computada de tórax donde impresiona PE con compresión y desplazamiento de estructuras mediastínicas, requiriendo resolución quirúrgica, con mejoría sintomática tras la corrección del PE. En ecocardiograma presenta dilatación de la raíz aórtica, indicándose inicio de betabloqueadores desde cardiología infantil.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES De las mutaciones del gen de fibrilina descritas en el SMF, 90% de los casos son únicas y afectan a un individuo o familia, y el 20% no heredan las mutaciones. 2/3 de los pacientes con SMF presentan deformidad torácica generalmente asintomática, pero en casos graves pueden requerir cirugía. La dilatación aórtica se encuentra en aproximadamente 50% de los pacientes, siendo necesario el seguimiento con ecocardiograma para evaluar la progresión. Se recomienda el tratamiento con betabloqueadores, y cirugía si la raíz es mayor a 5 centímetros.

PALABRAS CLAVE Dilatación Aórtica, Pectus Excavatum, Síndrome de Marfan, Trastorno del tejido conectivo.

TÍTULO DEL TRABAJO TROMBOLISIS CEREBRAL EN PACIENTE NONAGENARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA g) Neurología

AUTOR Silva Cuello Symón (1)

CO-AUTORES	Gonzalez Born Daniel (1), Correa Barria Ignacio (1), Marinovic Codina Ignacio (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Augusto Essmann Burgos, Puerto Natales (2) Médico General de Zona, Hospital de Quellón, Quellón
INTRODUCCIÓN	La trombólisis cerebral consiste en usar medicamentos como el alteplase para disolver coágulos y tratar el accidente cerebrovascular (ACV) isquémico en pacientes que cumplan con criterios establecidos. El objetivo de este caso clínico es evidenciar que aunque los adultos mayores, especialmente los mayores de 80 años, tienen mayor riesgo de resultados funcionales desfavorables y mortalidad, el riesgo de hemorragia intracraneal no aumenta significativamente en comparación con pacientes más jóvenes, y el tratamiento sigue mostrando beneficios.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 98 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca crónica y dependencia parcial, consulta por síntomas neurológicos agudos compatibles con ACV isquémico. Presenta disartria, desviación facial y debilidad en el hemicuerpo izquierdo, con escala de Accidente Cerebrovascular de los Institutos Nacionales de la Salud (NIHSS) inicial de 18 puntos. Se realiza tomografía computada cerebral sin hallazgos de hemorragia y se inicia trombólisis con alteplase. Evoluciona sin complicaciones hemodinámicas, con mejoría clínica, con escala de NIHSS final 11 puntos. Tomografía computada cerebral a las 24 horas de control evidencia pequeña hemorragia en zona infartada, sin deterioro clínico. Se rehabilita en unidad con equipo multidisciplinario y se egresa con puntuación de NIHSS de 7 puntos e indicación de control ambulatorio.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Según el Censo 2017, en Chile el 1,3% de la población adulta mayor tenía 90 años o más. El accidente cerebrovascular (ACV) representa la segunda causa de muerte y la principal causa de discapacidad en este grupo etario. Este escenario plantea importantes desafíos para la medicina, especialmente considerando el continuo envejecimiento de la población. Si bien, el principal ensayo clínico de seguridad de trombólisis cerebral excluyó a pacientes mayores de 80 años, estudios posteriores muestran que, aunque el riesgo de hemorragia es levemente mayor en ancianos, el beneficio funcional supera los riesgos, en casos seleccionados.
PALABRAS CLAVE	INFARTO CEREBRAL, NONAGENARIOS, TERAPIA TROMBOLÍTICA
TÍTULO DEL TRABAJO	TUMOR DE BUSCHKE-LÖWENSTEIN EN PACIENTE FEMENINA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	H) Especialidades (Dermatología)
AUTOR	Barbosa Troncoso Paulina (1)
CO-AUTORES	Escobar Toro Nicol (2) Becerra Carrasco Camila (3) Bravo Pozo Ignacia (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación, Hospital de Galvarino (2) Interna de medicina, Universidad de La Frontera (3) Médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación, Hospital de Galvarino (4) Médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación, Hospital de Galvarino
INTRODUCCIÓN	El tumor de Buschke-Löwenstein, también denominado carcinoma verrugoso anogenital o condiloma acuminado gigante, es una neoplasia localmente agresiva asociada a la infección por los genotipos 6 y 11 del virus del papiloma humano. Aunque histológicamente benigno, presenta un riesgo elevado de transformación maligna, lo que subraya la importancia de su diagnóstico y tratamiento oportuno. Si bien es una entidad infrecuente en países desarrollados, su manejo continúa representando un desafío debido a su comportamiento infiltrativo y alta tasa de recurrencia. El presente trabajo tiene como objetivo destacar la relevancia del diagnóstico precoz, mediante la presentación de un caso clínico en paciente femenina.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 50 años, tabáquica, sin antecedentes mórbidos, consulta en atención primaria por lesión en región inguinal desde el año 2020. Al examen físico se aprecia lesión vegetante que compromete toda la extensión del pliegue inguinal izquierdo, de aproximadamente 10 centímetros, sin ulceración. Se toman exámenes de infecciones transmisión sexual que resultan negativos, se deriva a dermatología donde se realiza biopsia, y se inicia tratamiento con electro-cauterización asociado a crioterapia en espera de resolución quirúrgica.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Aunque es histológicamente benigno, su comportamiento clínico se asemeja al de neoplasias malignas, por su tendencia a la recidiva, invasión local y dificultad terapéutica. La derivación precoz es importante dado que el tratamiento de elección es la resección quirúrgica amplia con márgenes negativos.

PALABRAS CLAVE	Papillomavirus Infections, Condylomata Acuminata, “Surgical Procedures, Operative”
TÍTULO DEL TRABAJO	USO DE PLATAFORMA HOSPITAL DIGITAL - TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA RURAL
CLASE	Trabajo de Investigación
CATEGORÍA	H) Especialidades
AUTOR	Elgueta Oyanedel Daniela (1)
CO-AUTORES	Villarroel Flores Natalia (2) López Valdivia Freya (3) Arcos Rojas Franco (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico en Etapa de Destinación y formación, CESFAM Rural Pan de Azúcar, Coquimbo (2) Médico Atención Primaria de Salud, CESFAM Rural Pan de Azúcar, Coquimbo (3) Médico Atención Primaria de Salud, CESFAM Padre Alberto Hurtado, comuna de Macul, Santiago. (4) Médico en Etapa de Destinación y formación, CESFAM Marcos Macuada, Ovalle
INTRODUCCIÓN	La plataforma de teledermatología (TD) es una estrategia de Salud Digital, implementada por el MINSAL (Ministerio de Salud de Chile), activa desde 2010. A nivel rural, esta plataforma facilita el acceso oportuno a atención por especialistas. El objetivo de este estudio es analizar la población derivada por TD desde el Centro de Salud Familiar Rural (CESFAM) Pan de Azúcar, considerando: edad, sexo, tiempo de respuesta, concordancia diagnóstica y necesidad de derivación presencial.
MATERIALES Y MÉTODOS	Se realizó un estudio descriptivo tipo longitudinal que incluyó 68 pacientes derivados a nivel secundario por teledermatología desde nuestro CESFAM, en el periodo de julio a diciembre 2024. Se analizó sexo, edad, tiempos de espera de respuesta, concordancia diagnóstica y necesidad de derivación a nivel secundario. No requirió de comité científico según lo estipulado en la Ley 20.120.
RESULTADOS	De 68 interconsulta; el rango etario incluyó de 0 a 92 años, con edad promedio de 36 años. Un 70.5% fueron mujeres y un 29 % a hombres. El intervalo de respuesta fue de 0 a 9 días, con un promedio de 1.8 días. La concordancia diagnóstica fue de 48.5 %, y sólo el 26% requirió atención secundaria presencial.

DISCUSIÓN Y Dado la alta demanda de interconsultas dermatológicas y su historial de
CONCLUSIÓN largas listas de espera, asociado a factores propios de nuestra población que dificultan el acceso a atenciones de nivel secundario, la plataforma de TD resulta una herramienta sumamente útil y resolutive.

PALABRAS Atención primaria, hospital digital, teledermatología, derivación.
CLAVE

TÍTULO DEL SOBRECARGA DEL CUIDADOR Y POLIFARMACIA EN EL CONTEXTO DE
TRABAJO SALUD FAMILIAR EN APS:

CLASE Trabajo De Investigación

CATEGORÍA A) Medicina Familiar

AUTOR Etcheverry Mardones Maite (1)

CO-AUTORES Giustinianovich Fehrmann Felipe (1)
Rodriguez Pizarro Sofía (2)
Mellado Villegas Emanuel (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona , CESFAM Sur de Iquique, Iquique
(2) Médico General, CESFAM Sur de Iquique, Iquique

INTRODUCCIÓN En el modelo de salud familiar de la Atención Primaria de Salud (APS), es esencial considerar no solo al paciente, sino también a su familia, especialmente cuando se trata de personas con dependencia severa. En estos casos, el rol del cuidador se vuelve fundamental para mantener la salud y calidad de vida del paciente, aunque a menudo conlleva una importante carga física y emocional. La Escala de Zarit permite medir dicha sobrecarga. Este estudio busca identificar si variables como la polifarmacia y el sexo del cuidador se asocian con niveles de sobrecarga, con el fin de mejorar la intervención de los equipos desde una mirada de salud familiar.

MATERIALES Y Se realizó un estudio observacional transversal con registros del sistema
MÉTODOS IRIS de Rayen, correspondientes a visitas domiciliarias realizadas entre enero y marzo de 2025 en el CESFAM Sur de Iquique. Se incluyeron cuidadores de pacientes con dependencia severa o total, con Escala de Zarit registrada. Se excluyeron cuidadores remunerados, pacientes con dependencia leve o moderada y registros erróneos o duplicados. Se analizaron 48 casos válidos. Se cruzaron datos de sobrecarga del cuidador con polifarmacia (≥ 5 medicamentos) y sexo, aplicando test Chi-Cuadrado.

RESULTADOS	De los 48 cuidadores, 71% eran mujeres. Un 50% presentó sobrecarga intensa. La polifarmacia se observó en el 56% de los pacientes. Se encontró una asociación significativa entre polifarmacia y sobrecarga del cuidador ($p=0.04$), pero no con el sexo del cuidador ($p=0.5$).
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	La polifarmacia del paciente podría aumentar la sobrecarga del cuidador, probablemente por la complejidad del manejo terapéutico. Visibilizar esta carga desde APS permite intervenir tempranamente y fortalecer a la familia. Limitaciones del estudio incluyen el tamaño reducido de la muestra y posible subestimación de medicamentos por mal registro de rayen.
PALABRAS CLAVE	Salud Familiar, Cuidadores, Polifarmacia
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL DATOS CHILENOS SOBRE LA SATURACIÓN DE OXÍGENO EN ALTURA:
CLASE	Trabajo de investigación.
CATEGORÍA	Medicina Interna
AUTOR	del Real Hidalgo Sebastian (1)
CO-AUTORES	Nickel Alegría Heinz (2), Araya Daveno Sergio (3)
AFILIACIÓN	1. Médico General de Zona, CESFAM de Putre, Arica y Parinacota. 2. Médico General de Zona, Hospital de Los Lagos, Los Lagos. 3. Medico General de Zona, CESFAM de Putre, Arica y Parinacota.
INTRODUCCIÓN	La saturación de oxígeno es un signo vital esencial, sin embargo, cuando el profesional trabaja en altura, sus valores normales bajan considerablemente. El objetivo de este estudio es reportar los datos que tiene el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Putre ubicado a 3575 msnm.
MATERIALES Y MÉTODOS	Y Estudio observacional de cohorte transversal, 608 participantes con 1723 tomas de saturación cumplieron con los criterios de inclusión, se recopilaron datos de las fichas clínicas con atenciones entre 2024-2025 de CESFAM de Putre, los datos fueron ingresados en planillas Excel y se caracterizaron según edad y sexo. Se excluyeron a quienes tuvieron temperatura sobre 37.5°C, a quienes consultaron por síntomas

respiratorios y a quienes tenían diagnósticos previos enfermedad pulmonar con limitación crónica de flujo aéreo.

RESULTADOS El promedio de saturación fue de 91.46% (IC 95% 91.336, 91.581), la diferencia entre sexos no fue significativa (P 0.0553). También, destacó el promedio de la saturación de los adultos mayores, que fue de 89.29% (IC 95%, 88,8831 - 89,7056), significativamente menor (P < 0.001) al resto de la población.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN En la actualidad, la estimación sobre la normalidad de la saturación de oxígeno en altura puede quedar a criterio de profesional de turno. La evidencia científica internacional al respecto es acotada, una revisión sistemática (1) de 2016 incluyó 12 estudios incluyeron solo 834 participantes en total, con un promedio de saturación de 90.4%. Esto difiere levemente de los resultados de este estudio, sin embargo, los estudios en cuestión se realizaron entre 3600 a 4350msnm, en cambio, este solo a 3575msnm, además la población estudiada en este estudio está aclimatada a la altura en su mayoría. En conclusión, el aporte de estos datos será útil para futuros estudios y se han establecidos valores de referencia para esta población.

PALABRAS CLAVE Epidemiología clínica; fisiología; oxígeno.

TÍTULO DEL TRABAJO CARACTERIZACIÓN DE NIVELES DE VITAMINA D DURANTE EL AÑO 2024 EN CENTRO DE SALUD FAMILIAR ROSARIO CORVALÁN, CALDERA, ATACAMA:

CLASE Trabajo de investigación (TI)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Moyano Porcile Isidora (1)

CO-AUTORES Rojas Robles Romina (1), Yáñez González Javiera (2), Gutierrez Morales Patricio (3).

AFILIACIÓN (1) Médica General de Zona, CESFAM Rosario Corvalán, Caldera. (2) Médica General, CESFAM Rosario Corvalán, Caldera. (3) Interno Medicina, Universidad de Atacama, Copiapó.

INTRODUCCIÓN La vitamina D (VD) es una prohormona liposoluble esencial para la homeostasis del calcio y fósforo, con funciones en inmunomodulación y salud ósea. Se sintetiza mayoritariamente por exposición solar (>90%) y en menor medida se obtiene por ingesta dietaria. Su deficiencia se asocia a osteomalacia, raquitismo, debilidad muscular, fracturas y riesgo

cardiovascular. El diagnóstico se realiza mediante la concentración sérica de 25 hidroxí VD, considerando deficiencia <20 ng/mL, insuficiencia 20-29 ng/mL, y suficiencia 30-100 ng/mL. En Chile, el 59% de la población adulta presenta niveles deficientes, siendo más prevalente en adultos mayores y mujeres. Es una condición de alta carga sanitaria a nivel mundial. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia y distribución de deficiencia/insuficiencia de los niveles séricos de VD obtenidos durante el año 2024 en el Centro de Salud Familiar Rosario Corvalán de Caldera, Atacama.

MATERIALES Y MÉTODOS	Y	Este estudio observacional se realizó mediante un análisis descriptivo de una base de datos Excel ® de todos los valores séricos de VD obtenidos durante el 2024. Se estratificó la muestra según edad, sexo y niveles de suficiencia.
RESULTADOS		Se analizaron 472 mediciones válidas. El 81.5% fueron mujeres. El 79.9% presentó deficiencia o insuficiencia. En adultos mayores, el 46.9% (78) fueron deficientes. La media fue 22.5 ng/mL. Solo un caso presentó toxicidad (>150 ng/mL).
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Y	Los resultados evidencian una alta prevalencia de hipovitaminosis D, sobre todo en adultos mayores y mujeres, similar a lo reportado en la literatura nacional. La baja ingesta, baja exposición solar, uso de bloqueadores y escasa suplementación podrían explicar estos hallazgos, incluso en zonas soleadas como Caldera. Esta situación plantea la necesidad de estrategias locales de detección precoz y suplementación en grupos de riesgo. Este estudio aporta evidencia desde un contexto rural del norte chileno, poco representado en la literatura, contribuyendo a la toma de decisiones en salud pública.
PALABRAS CLAVE		Deficiencia de Vitamina D, Osteomalacia, Vitamina D.
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	MARCADORES DE DEPRESIÓN PERINATAL EN LA APLICACIÓN DE ESCALA EDIMBURGO EN CONTROLES PRENATALES, CENTRO DE SALUD LOS ALAMOS DURANTE 2024-2025:
CLASE		Trabajo investigación
CATEGORÍA		a) Medicina familiar
AUTOR		Apablaza Rohland Francisca (1)
CO-AUTORES		Estay Pérez Sebastián (2)

AFILIACIÓN	(1) Médica EDF CESFAM Los Álamos (2) Médico EDF DESAM Vicuña
INTRODUCCIÓN	Durante el embarazo y hasta un año después del parto, es común experimentar cambios emocionales como parte del proceso de adaptación. La escala de Edimburgo (EE) es una herramienta utilizada para detectar depresión perinatal durante este periodo. En el presente trabajo se exponen los resultados de la aplicación de esta escala en el control prenatal y de esta manera discutir respecto a la prevalencia de marcadores de depresión perinatal.
MATERIALES Y MÉTODOS	El presente trabajo corresponde a una investigación cuantitativa de tipo descriptivo, la muestra corresponde a mujeres entre 17 y 43 años que asistieron a sus controles prenatales, pertenecientes al sector amarillo, en el 2024-2025, siendo una muestra total de 87 mujeres. Los datos obtenidos se recopilaron del libro de registro utilizado por matrona, para acceder a la información de dichos documentos se cuenta con la autorización del director del Centro de salud familiar Los Álamos.
RESULTADOS	El promedio de edad fue de 29,2 años. El promedio de puntaje obtenido fue de 5,2 puntos. La mayoría se encuentra bajo 6 puntos, es decir, sin marcadores de depresión perinatal. Una puntuación mayor o igual de 13 puntos se sospecha síntomas depresivos; 11 embarazadas obtuvieron esta puntuación, siendo un 12,7% y la edad promedio dentro de ese criterio fue de 27 años, de aquellas todas son mayores de edad y con pareja, respecto al nivel educacional un 63,6% tiene educación superior.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Los resultados obtenidos coinciden con investigaciones que han demostrado la efectividad de la EE para detectar trastornos emocionales en embarazadas. Se observó una baja prevalencia (12,7%) de síntomas depresivos, comparado con la evidencia estudiada la cual oscila entre 22%-44%. Se plantea como desafíos ampliar la muestra, sumar los controles post parto y comparar cómo pueden variar estos con la evolución del embarazo y del nacimiento.
PALABRAS CLAVE	Depressive disorder, Prenatal Care, Primary Health Care.
TÍTULO DEL TRABAJO	CARACTERIZACIÓN DE MAMOGRAFÍAS REALIZADAS ENTRE 45-65 AÑOS EN CENTRO DE SALUD FAMILIAR LOS ALAMOS DURANTE 2024-2025:
CLASE	Trabajo investigación
CATEGORÍA	f) Salud pública

AUTOR	Apablaza Rohland Francisca (1)
CO-AUTORES	Estay Pérez Sebastián (2)
AFILIACIÓN	(1) Médica EDF CESFAM Los Álamos (2) Médico EDF DESAM Vicuña
INTRODUCCIÓN	El cáncer de mama es la principal causa de muerte entre las mujeres a nivel mundial. Su detección precoz es fundamental. La mamografía es una herramienta diagnóstica, través de esta se identifican anomalías clasificadas según el sistema BIRADS. En el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Los Álamos se implementó el primer mamógrafo de la Provincia Arauco, operativo desde Abril 2024 a la fecha. El objetivo es caracterizar los resultados mamográficos y compararlos con la realidad nacional.
MATERIALES Y MÉTODOS	Corresponde a una investigación cuantitativa descriptiva, que busca caracterizar y analizar los resultados de las mamografías tomadas. La recolección de datos se realizó mediante la revisión de los registros disponibles, sin vinculación de datos personales y fueron procesados utilizando herramienta estadísticas Excel. Se cuenta con la aprobación del director del establecimiento.
RESULTADOS	La mayoría (82%) presenta resultados benignos (BIRADS 1 y 2); 9,6% son probablemente benignos (BIRADS 3); sospechosos o diagnósticos de cáncer el 0,5% (7 casos), destaca que de estos últimos el mayor número se encuentra entre los 45-50 años (4 casos). De BIRADS 0, la mayoría se encuentra en el grupo etario 51-55 años (42 casos) y el más bajo se encuentra en el grupo 61-65 años (16 casos). Respecto a la presencia de factores de riesgo, los resultados benignos se dan principalmente en mujeres sin riesgo, destaca que los resultados de malignidad se presenten en mujeres sin factor de riesgo.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Los resultados obtenidos son consistentes con las tendencias observadas en la bibliografía, a excepción de la tendencia de que los resultados malignos no presenten factores de riesgo, interpretado como resultado de una muestra pequeña. Finalmente, este estudio contribuye al conocimiento sobre la realidad local y confirma la importancia de seguir fortaleciendo la atención primaria de salud, de manera que se logre una mayor cobertura y detección temprana de esta enfermedad.
PALABRAS CLAVE	Detección Precoz del Cáncer, Mamografías, Neoplasia de la Mama.

TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA POBLACIÓN CARDIOVASCULAR DE ISLA SANTA MARÍA DURANTE EL AÑO 2024:
CLASE		Trabajo de investigación (TI)
CATEGORÍA		Salud pública
AUTOR		Lafitan Sánchez Carlos (1)
CO-AUTORES		Figueroa Saldaña Francisco (1), Veyl Quinteros Camilo (1)
AFILIACIÓN		(1) Médico EDF, Cesfam Lagunillas Isla Santa María, Coronel Chile.
INTRODUCCIÓN		La isla Santa María (ISM) cuenta con dos dispositivos de salud: el Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) Puerto Sur y la Posta de Salud Rural (PSR) Puerto Norte, ambos con un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que inciden directamente en el desarrollo de Enfermedad Renal Crónica (ERC). Se busca caracterizar la población diagnosticada con ERC en ISM, determinando su distribución por etapas y centros de atención, con el fin de orientar estrategias costo-efectivas para prevenir su progresión.
MATERIALES Y MÉTODOS	Y	Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que caracterizó el diagnóstico de ERC en pacientes bajo control del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en ISM, según centro de salud (CECOSF o PSR). Se utilizaron datos del Resumen Estadístico Mensual (REM) del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS), correspondientes a la serie poblacional de diciembre de 2024.
RESULTADOS		La población bajo control del PSCV en ISM asciende a 304 personas, con un 48,6% de mayores de 60 años. La distribución por centro fue: 63,1% en CECOSF Puerto Sur y 36,8% en PSR Puerto Norte. La ERC presentó una prevalencia global del 57,5% (34,2% en mujeres y 23,3% en hombres). En etapa 3a o menor, la prevalencia fue de 55,5%, y en etapa 3b o mayor, de 0,19%. No se registraron pacientes en etapa 5.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Y	La prevalencia de ERC en ISM es comparable a la nacional (58% en 2023), lo que sugiere que los resultados podrían ser extrapolables a otras comunidades rurales. La mayoría de los casos se encuentra en etapas iniciales, lo que representa una oportunidad caracterización local permite orientar estrategias preventivas y refuerza la importancia del diagnóstico precoz en contextos rurales insulares.

PALABRAS CLAVE	Enfermedad Renal Crónica, Prevalencia, Atención Primaria de Salud		
TÍTULO DEL TRABAJO	DESCRIPCION DE RESULTADOS DE ECOGRAFIAS MAMARIAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN CENTRO DE SALUD FAMILIAR PUNITAQUI DURANTE 2023 Y 2024:		
CLASE	Trabajo de investigación (TI)		
CATEGORÍA	h) Especialidades (Radiología)		
AUTOR	Pizarro Galleguillos Jorge (1)		
CO-AUTORES	Lagos	Cárcamo	Matías (1)
	Varas Cabezas Gabriel (1)		
AFILIACIÓN	(1) Medico EDF, Cesfam Raúl González Bugueño, Punitaqui		
INTRODUCCIÓN	En Chile, el screening de cáncer de mama se basa en realizar mamografías en grupos de riesgo, con ecografías mamarias como complemento diagnóstico en atención primaria de salud. Objetivo: Describir las principales indicaciones y resultados de ecografías mamarias solicitadas en Centro de Salud Familiar (CESFAM) Punitaqui en 2023 y 2024.		
MATERIALES Y MÉTODOS	Y Estudio transversal descriptivo en usuarias del Cesfam Punitaqui, que se realizaron ecografía mamaria durante 2023 y 2024. Los datos se obtuvieron de base de datos local y se analizaron con Microsoft Excel. Los autores declaran no tener conflicto de interés.		
RESULTADOS	En el periodo estudiado, se realizaron 319 ecografías. 214 fueron solicitadas como complemento a mamografías o cribado directo, 47 en contexto diagnóstico y 58 sin especificación. Los resultados según sistema Breast Imaging Reporting and Data System Ultrasound (BI-RADS US) fueron: BI-RADS US 1 (29,15%), BI-RADS US 2 (59,87%), BI-RADS US 3 (5,64%), BIRADS US 4A (0,63%), con 15 exámenes no descritos. Según información local, en este periodo se realizaron 456 mamografías de cribado.		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Y Se evidenció un uso intensivo de ecografía mamaria (n=319), predominantemente como complemento a mamografía (67%), con 456 mamografías realizadas en el mismo periodo. Esta relación sugiere una sobreutilización del recurso ecográfico, lo cual dista de recomendaciones internacionales (Colegio americano de radiología-Sociedad europea de imagen mamaria), que la indican en casos específicos, como mamas		

densas o hallazgos indeterminados. La alta proporción de resultados BI-RADS US 1 y 2 (89%) y el 18% de solicitudes sin indicación clara podrían reflejar sobrediagnóstico o imprecisión en las solicitudes. La validez externa de estos resultados, son limitados debido al carácter local del estudio. Con lo descrito, se identifica la necesidad de fortalecer la racionalización diagnóstica mediante estandarización de protocolos y formación clínica local, promoviendo la mamografía como examen de primera línea para el cribado poblacional.

PALABRAS CLAVE Cáncer de mama, Detección precoz del cáncer, Factores de riesgo, Ultrasonografía mamaria.

TÍTULO DEL TRABAJO CARACTERIZACION DE RESULTADOS DE MAMOGRAFIAS DE CRIBADO REALIZADAS EN CENTRO DE SALUD FAMILIAR PUNITAQUI DURANTE 2023 y 2024:

CLASE Trabajo de investigación (TI)

CATEGORÍA h) Especialidades (Radiología)

AUTOR Pizarro Galleguillos Jorge (1)

CO-AUTORES Cataldo Pérez Patricio (1)
 Guillaume Chacón Amanda (1)
 Cerda Campos Yanareth (2)

AFILIACIÓN (1) Medico EDF, Centro de salud familiar Raúl González Bugueño, Punitaqui (2) Matrona, Centro de salud familiar Raúl González Bugueño, Punitaqui

INTRODUCCIÓN El cáncer de mama es un problema de salud pública global y constituye la neoplasia más frecuente en mujeres. En Chile, su detección precoz se basa en la mamografía de cribado bienal para mujeres entre 50 y 69 años, financiada por el programa de imágenes diagnósticas en atención primaria de salud. Objetivo: Caracterizar los resultados de mamografías realizadas en Centro de salud familiar (CESFAM) Punitaqui durante 2023 y 2024.

MATERIALES Y MÉTODOS Estudio transversal descriptivo en usuarias del Cesfam Punitaqui que se realizaron mamografías de cribado durante 2023 y 2024. Los datos se

obtuvieron desde base de datos local y fueron analizados con Microsoft Excel. Los autores declaran no tener conflicto de interés.

RESULTADOS Durante 2023-2024, se realizaron 456 mamografías de cribado en mujeres entre 50-69 años, de un total de 3200 mujeres percapitadas en dicho rango etario, alcanzando una cobertura del 14,25%. Los resultados según el sistema Breast Imaging Reporting and data System (BI-RADS) fueron: BI-RADS 0 (16,7%), BI-RADS 1 (20,4%), BI-RADS 2 (50,2%), BI-RADS 3 (12,5%), BI-RADS 4 (0,2%) y ningún caso BI-RADS 5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN Comparado con el Plan Nacional de Cáncer, que en 2020 reportó una cobertura de 35%, con meta del 70%, los resultados locales son considerablemente inferiores. La distribución por categorías BI-RADS es similar a lo descrito a nivel nacional por el Ministerio de Salud (2017-2020), aunque con mayor proporción BIRADS 0 (16,7% vs 11,9%). Destaca también el porcentaje de exámenes BI-RADS 3 (12,5%), pese a que la quinta edición del atlas BI-RADS desaconseja su uso en exámenes de cribado. La validez externa, entendida como la posibilidad de generalizar los resultados a otras poblaciones, es limitada debido al carácter local del estudio. Estos hallazgos evidencian la necesidad de optimizar los procesos locales, aumentar la cobertura y revisar los criterios de categorización radiológica junto a los centros en convenio.

PALABRAS CLAVE Mamografía, Neoplasias de la mama, Tamizaje masivo.

TÍTULO DEL TRABAJO DEL TAQUICARDIAS ANCHAS Y LENTAS: IMITADORES DE UNA TAQUICARDIA VENTRICULAR:

CLASE h) Especialidades (Medicina de Urgencia)

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Labarca Fernández Margarita (1)

CO-AUTORES Wallach Weinstein Arieih (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Gorbea, Gorbea.

INTRODUCCIÓN La taquicardia ventricular (TV) es una patología frecuente en el servicio de urgencia (SU), sin embargo existen elementos clínicos y

electrocardiográficos que deben hacer sospechar taquicardias de complejo ancho (TCA) que imitan la morfología de una TV. Una errónea interpretación del electrocardiograma (ECG) puede llevar a intervenciones letales para el paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO Hombre de 32 años ingresa al SU tras síncope, estable y consciente, con palpitaciones. El ECG evidencia una TCA con una frecuencia cardíaca (FC) de 110 latidos por minuto, con una conducción ancha y aberrante, con complejos discordantes en las derivadas precordiales. Ante paciente estable, se interroga sobre antecedentes, mencionando consumo de 1-2 gramos cocaína en las últimas 24 horas. Ante lo anterior, se decide manejo de la arritmia con bicarbonato de sodio endovenoso, llevando a una importante mejoría sintomática con un nuevo ECG que muestra una taquicardia sinusal de complejo QRS angosto, sin alteraciones isquémicas. Paciente firma consentimiento informado para caso clínico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La TV es una arritmia donde se observan tres o más complejos ventriculares a 130-200 latidos por minuto, generalmente entre 170-190. Ante una TCA aberrante y con FC entre 100-120, sin cumplir otros criterios de TV, se debe tener como diagnóstico diferencial: toxicidad por bloqueo de canales de sodio (cocaína, antidepresivos tricíclicos), hiperkalemia y ritmos idioventriculares rápidos. Los últimos dos, deben sospecharse en pacientes con enfermedad renal crónica y tras trombolisis en un infarto, respectivamente. Identificar estos “imitadores” de TV es importante, puesto que al seguir el algoritmo de soporte cardiovascular avanzado del adulto ante una TV estable se habría administrado amiodarona, un antiarrítmico tipo III que profundizaría el bloqueo de canales de sodio, generando un ritmo sinusoidal y posterior asistolía. Por lo anterior, se debe tener en consideración este diagnóstico diferencial, para evitar errores mortales y realizar un tratamiento dirigido a corregir la causa subyacente.

PALABRAS CLAVE Cocaína, Taquicardia, Medicina de Emergencia

TÍTULO DEL TRABAJO SARPE: BENEFICIOS RESPIRATORIOS Y DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS CON COMPRESIÓN MAXILAR:

CLASE Caso Clínico

CATEGORÍA i) Odontología

AUTOR Valenzuela Hapette Matías (1)

CO-AUTORES	Cueto Jiménez Violeta (2)
AFILIACIÓN	(1) Ortodoncista Hospital de Coelemu (2) Periodoncista Servicio de Salud Ñuble
INTRODUCCIÓN	La compresión maxilar en adultos puede causar problemas funcionales como mordida cruzada y alteraciones respiratorias, afectando negativamente la calidad de vida. La Expansión Palatina Rápida Asistida Quirúrgicamente (SARPE) busca corregir esta deficiencia esquelética en adultos. Este caso clínico evalúa los beneficios respiratorios y de calidad de vida tras la aplicación de SARPE en una paciente con compresión maxilar.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 20 años, sin antecedentes médicos relevantes, acudió para tratamiento ortodóntico. Se constató neutroclusión molar y canina bilateral, mordida cruzada bilateral, overjet de 1mm, overbite de 0mm. Se observó una posición baja de la lengua en reposo. El análisis cefalométrico reveló una tendencia a clase III esquelética y normodivergencia. El análisis de WALA evidenció una compresión maxilar de 10mm. Se planificó un tratamiento en dos fases, iniciando con SARPE seguido de ortodoncia fija. Tras obtener el consentimiento informado, se instaló un disyuntor Hyrax y se derivó a cirugía maxilofacial. En el postoperatorio, se indicó una activación del disyuntor cada 12 horas por un total de 26 días, logrando una disyunción total de 13mm. Posteriormente, la paciente recibió terapia fonoaudiológica.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Los beneficios del SARPE, van más allá de la corrección de la oclusión dental sino también en la mejora de la función respiratoria y la calidad de vida. La paciente reportó una mejoría significativa en su respiración, además de referir un mejor sueño y estado de ánimo. Esto sugiere que la expansión maxilar puede tener un impacto positivo en las vías aéreas superiores y, por ende, en el bienestar general del paciente. Este reporte contribuye a la evidencia sobre los beneficios multidisciplinarios del tratamiento de la compresión maxilar en adultos, resaltando la importancia de considerar los aspectos funcionales y de calidad de vida más allá de los objetivos puramente ortodónticos.
PALABRAS CLAVE	Expansión maxilar, Ortodoncia, Ortopedia
TÍTULO DEL TRABAJO	COLGAJO DE AVANCE CORONAL CON Y SIN USO DE INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL COMO TRATAMIENTO PARA RECESIONES GINGIVALES UNITARIAS:
CLASE	Caso clínico (cc)

CATEGORÍA	i) Odontología
AUTOR	Cueto Jiménez Violeta (1)
CO-AUTORES	Valenzuela Hapette Matías (2)
AFILIACIÓN	(1) Periodoncista Servicio de Salud Ñuble (2) Ortodoncista Hospital de Coelemu
INTRODUCCIÓN	Una recesión gingival, definida como el desplazamiento apical del margen gingival hipersensibilidad dentinaria, y aumentar el riesgo de caries y lesiones cervicales. Su origen es multifactorial, incluyendo cepillado traumático, malposición dental, restauraciones defectuosas, higiene oral deficiente, ortodoncia, tracción de frenillos y enfermedad periodontal. Según la situación clínica, se pueden emplear distintas técnicas de cirugía mucogingival como tratamiento. Una de ellas es el colgajo desplazado coronal con y sin uso de injerto de tejido conectivo subepitelial.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 24 años consulta por hipersensibilidad dentinaria al estímulo frío y problemas estéticos en dientes 1.4 y 2.4. Al examen clínico se observan recesiones RT1 de Cairo causadas por cepillado traumático. Dado las características de las recesiones se optó por cirugías mucogingivales con la técnica de Colgajo de Avance Coronal previo consentimiento de la paciente, las cuales se realizaron en 2 tiempos operatorios. Se llevó a cabo una comparación entre los resultados obtenidos al realizar los procedimientos con y sin la incorporación de un injerto de tejido conectivo subepitelial.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La literatura sugiere que en casos con un espesor gingival mayor a 0.8 mm, ambas técnicas son efectivas para lograr la cobertura radicular completa. Sin embargo, debido a los resultados en el diente 2.4 sin uso de injerto, se decidió tratar el diente 1.4 con una técnica combinada para lograr una mayor cobertura, aumentar el ancho del tejido queratinizado y el grosor gingival. Esto subraya la importancia de considerar las características individuales de cada recesión y habilidad del operador al seleccionar la técnica quirúrgica.
PALABRAS CLAVE	Colgajos quirúrgicos, Injertos, Recesión gingival
TÍTULO DEL TRABAJO	COLGAJO DE AVANCE CORONAL CON Y SIN USO DE INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL COMO TRATAMIENTO PARA RECESIONES GINGIVALES UNITARIAS:

CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	i) Odontología
AUTOR	Cueto Jiménez Violeta (1)
CO-AUTORES	Valenzuela Hapette Matías (2)
AFILIACIÓN	(1) Periodoncista Servicio de Salud Ñuble (2) Ortodoncista Hospital de Coelemu
INTRODUCCIÓN	Una recesión gingival, definida como el desplazamiento apical del margen gingival hipersensibilidad dentinaria, y aumentar el riesgo de caries y lesiones cervicales. Su origen es multifactorial, incluyendo cepillado traumático, malposición dental, restauraciones defectuosas, higiene oral deficiente, ortodoncia, tracción de frenillos y enfermedad periodontal. Según la situación clínica, se pueden emplear distintas técnicas de cirugía mucogingival como tratamiento. Una de ellas es el colgajo desplazado coronal con y sin uso de injerto de tejido conectivo subepitelial.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 24 años consulta por hipersensibilidad dentinaria al estímulo frío y problemas estéticos en dientes 1.4 y 2.4. Al examen clínico se observan recesiones RT1 de Cairo causadas por cepillado traumático. Dado las características de las recesiones se optó por cirugías mucogingivales con la técnica de Colgajo de Avance Coronal previo consentimiento de la paciente, las cuales se realizaron en 2 tiempos operatorios. Se llevó a cabo una comparación entre los resultados obtenidos al realizar los procedimientos con y sin la incorporación de un injerto de tejido conectivo subepitelial.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La literatura sugiere que en casos con un espesor gingival mayor a 0.8 mm, ambas técnicas son efectivas para lograr la cobertura radicular completa. Sin embargo, debido a los resultados en el diente 2.4 sin uso de injerto, se decidió tratar el diente 1.4 con una técnica combinada para lograr una mayor cobertura, aumentar el ancho del tejido queratinizado y el grosor gingival. Esto subraya la importancia de considerar las características individuales de cada recesión y habilidad del operador al seleccionar la técnica quirúrgica.
PALABRAS CLAVE	Colgajos quirúrgicos, Injertos, Recesión gingival
TÍTULO DEL TRABAJO	CARACTERIZACIÓN DE DIAGNOSTICOS DE SALUD MENTAL EN TERRITORIO INSULAR EN LA REGIÓN DEL BÍO BÍO DURANTE EL 2024:

CLASE	Trabajo de investigación (TI)
CATEGORÍA	Salud pública
AUTOR	Lafitan Sánchez Carlos (1)
CO-AUTORES	Figueroa Saldaña Francisco (1), Veyl Quinteros Camilo (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, Cesfam Lagunillas Isla Santa María, Coronel Chile.
INTRODUCCIÓN	La isla Santa María (ISM), territorio insular bajo la administración Municipal de Coronel, cuenta con dos dispositivos de salud: Centro comunitario de salud familiar (CECOSF) Puerto Sur y Posta rural (PSR) puerto norte. Según información Organización panamericana de la salud 35% de los años de vida perdidos por discapacidad se asocian a trastornos mentales/neurológicos, consumo de sustancias-suicidio. La encuesta Nacional de Salud 2016-2017, reporta 20,3% de personas en Chile con síntomas depresivos y 14,8% en la VIII región. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar los diagnósticos del Programa de Salud Mental (PROSAM) en ISM, su distribución por sexo y edad, con el fin de orientar estrategias efectivas en un contexto de aislamiento geográfico.
MATERIALES Y MÉTODOS	Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se utilizaron datos del Resumen Estadístico Mensual (REM) del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), serie poblacional de diciembre de 2024.
RESULTADOS	Se registraron 104 personas bajo control PROSAM (6% de la población inscrita): 29 hombres y 75 mujeres. Distribución por edad: 0-19 años (26,9%), 20-59 años (49,0%), y mayores de 60 años (24,1%). Los diagnósticos más frecuentes fueron Trastornos del Humor (36,5%, de los cuales 81,6% corresponde a Depresión Leve), Trastornos de Ansiedad (24,0%), Trastorno Adaptativo (4,8%) y Demencia (11,5%). Se registraron dos casos de ideación suicida y un intento suicida, sin mortalidad asociada.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	La alta proporción de trastornos afectivos en ISM, particularmente en mujeres, refleja un patrón similar al observado a nivel nacional. La baja cobertura puede ser influenciada por barreras socio-geográficas no evaluadas en este estudio. Se recomienda fortalecer la pesquisa activa, desestigmatización y adaptar estrategias comunitarias de intervención en salud mental al contexto de zonas rurales aisladas similares.

PALABRAS CLAVE	Salud Mental, Trastorno del ánimo, Atención Primaria de Salud
TÍTULO DEL TRABAJO	DIAGNÓSTICO POSTNATAL DE SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO-FETAL EN EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL: REPORTE DE CASO:
CLASE	c) Pediatría y Cirugía Infantil
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Courtin Briones José (1)
CO-AUTORES	Figueroa Sepúlveda María (2), Andrade Villalobos Felipe (2), Olaya Ospina Ivonne (2)
AFILIACIÓN	1) Médico cirujano, Unidad de Cuidados Medios servicio de Medicina, Hospital Dra. Eloisa Díaz La Florida, Santiago 2) Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago
INTRODUCCIÓN	La transfusión feto-fetal (TFF) es una complicación exclusiva de embarazos gemelares monocoriales, secundaria a anastomosis placentarias que generan un flujo sanguíneo desequilibrado entre los fetos. Tiene una prevalencia de hasta un 15% en este tipo de embarazos. El diagnóstico precoz mediante Doppler es clave para prevenir secuelas hematológicas, metabólicas, neurológicas y digestivas. Se presenta un caso de TFF en etapa tardía, diagnosticada post parto, con manifestaciones clínicas contrastantes entre ambas gemelas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Madre de 35 años, primigesta, con embarazo gemelar monocorial biamniótico y controles prenatales adecuados. A las 35 semanas, ecografía muestra en gemela 1 crecimiento fetal estacionario en percentil 2,3 OMS, con vasodilatación de arteria cerebral media (ACM). Gemela 2 con percentil 60,8 y Doppler ACM normal. Se decide interrupción mediante cesárea de urgencia. Gemela 1 nace con APGAR 7-8, peso de 1935 g, hipotónica y cianótica. Presenta hipoglicemia severa, anemia (hematocrito 18%) y distensión abdominal, iniciándose transfusión de glóbulos rojos y régimen cero por sospecha de enterocolitis necrotizante. Gemela 2 nace con peso de 2380 g y APGAR 6-8, con poliglobulia (hematocrito 68%), hiperbilirrubinemia, apnea y dificultad para termorregular, requiriendo eritroferesis y fototerapia. Ambas evolucionan favorablemente y son dadas de alta a los 12 y 14 días respectivamente. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación del caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El presente caso ilustra una TFF de diagnóstico postnatal, con complicaciones neonatales que requirieron intervenciones inmediatas y manejo clínico resolutorio. La evolución clínica, marcada por anemia severa, poliglobulia, hipoglicemia, enterocolitis necrotizante e hiperbilirrubinemia, evidencia la alta morbilidad asociada a esta entidad cuando no se pesquisa oportunamente. Destaca la importancia de su sospecha incluso en ausencia de hallazgos ecográficos evidentes y la necesidad de vigilancia Doppler estricta y seriada en embarazos monocoriales para reducir complicaciones y optimizar el pronóstico neonatal.

PALABRAS CLAVE Embarazo gemelar, Policitemia, Transfusión feto-fetal

TÍTULO DEL TRABAJO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA PARA NEUMONÍA NOSOCOMIAL POR STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA: REPORTE DE CASO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Courtin Briones José (1)

CO-AUTORES Figueroa Sepúlveda María (2), Gallegos Vargas Camilo (2), Muñoz Díaz Javiera (3)

AFILIACIÓN 1) Médico cirujano, Unidad de Cuidados Medios servicio de Medicina, Hospital Dra. Eloisa Díaz La Florida, Santiago
2) Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago
3) Interno de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago

INTRODUCCIÓN Stenotrophomonas maltophilia es un bacilo gramnegativo no fermentador, oportunista, ampliamente distribuido en ambientes hospitalarios. En pacientes críticos, con exposición previa a antibióticos de amplio espectro o dispositivos invasivos, puede producir infecciones graves como neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVIM). Su resistencia intrínseca a múltiples antibióticos, incluyendo carbapenémicos, representa un desafío terapéutico. El presente caso ejemplifica la importancia de reconocer esta etiología en contextos de alta sospecha clínica.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 76 años, con antecedentes de infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular e hipertensión arterial, ingresó a unidad de cuidados intensivos por hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurisma silviano, tratada mediante embolización.

Requirió ventilación mecánica prolongada y traqueostomía. Durante su evolución, presentó episodio febril, aumento de secreciones traqueales purulentas, desaturación leve y leucocitosis. Frente a la sospecha de neumonía nosocomial, se inició cobertura empírica con meropenem y vancomicina. Cultivo de aspirado traqueal evidenció crecimiento de *S. maltophilia*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*, por lo que se ajustó el tratamiento a ciprofloxacino y trimetoprima-sulfametoxazol, con buena evolución clínica. La presentación del caso fue autorizada mediante consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso refleja dos errores frecuentes en el manejo de infecciones nosocomiales: en primer lugar, no considerar oportunamente a *S. maltophilia* en pacientes con factores de riesgo como hospitalización prolongada, traqueostomía y uso previo de antibióticos; en segundo lugar, mantener tratamiento con meropenem una vez identificado un patógeno naturalmente resistente. La bacteria posee mecanismos de evasión como β -lactamasas L1 y L2, bombas de eflujo y formación de biopelículas. El tratamiento de elección es trimetoprima-sulfametoxazol; levofloxacino y minociclina son alternativas válidas. Este caso destaca la importancia de reevaluar precozmente los esquemas antimicrobianos en pacientes críticos, y aplicar juicio clínico-microbiológico riguroso al seleccionar terapia empírica.

PALABRAS CLAVE Multirresistencia, Neumonía nosocomial, *Stenotrophomonas maltophilia*.

TÍTULO DEL TRABAJO PARÁLISIS FACIAL EN UN RECIÉN NACIDO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. REPORTE DE CASO

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA c) Pediatría y Cirugía infantil

AUTOR 1)Janitza Andrea Norín Maldonado

CO-AUTORES 2)Rafael Andrés López Dubó
3)Hernán Francisco San Martín Toledo

AFILIACIÓN 1)Médica EDF CESFAM Llayllay
2)Médico EDF CESFAM Llayllay
3)Médico EDF Hospital de Licantén

INTRODUCCIÓN La parálisis facial en neonatos debe hacernos sospechar causas sindrómicas (1), buscando otros hallazgos. Presentamos un caso asociación CHARGE, acrónimo que involucra diferentes malformaciones (Coloboma, H: cardiopatía, Atresia de coanas, Retraso

del crecimiento, G: hipoplasia genital y E: anomalías auditivas)(2), con una prevalencia de 1:10.000 (3), generando un desafío diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO Lactante de 37 semanas, madre diabética con mal control. Al nacer, Apgar 9-9, con parálisis facial derecha. Hospitalizada en neonatología para estudio por cardiopatía congénita, coloboma derecho, agenesia derecha, microtia izquierda y parálisis facial derecha. Se solicitan potenciales auditivos (pasa ambos oídos) + escáner cavidades paranasales por sospecha estenosis de la apertura piriforme, normal. Cariotipo: sin alteraciones numéricas, ni estructurales. Sin otros estudios genéticos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso, corresponde a un Síndrome de CHARGE atípico, según Verloes (4). Como médicos generales, podemos sospechar, al encontrar parálisis facial neonatal, disfagia, hipoacusia, malformaciones auriculares, coloboma y/o soplo cardíaco. No es necesario cumplir con los criterios clásicos, para derivar oportunamente. En el caso presentado, se realizó manejo por diferentes especialidades, permitiendo grandes avances. La importancia de sospechar, a pesar de no contar con estudio genético más acabado y no cumplir con los criterios clásicos, permite cambiar una vida.

PALABRAS CLAVE Síndrome CHARGE, asimetría facial, anomalías congénitas

TÍTULO DEL TRABAJO HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL ESPONTÁNEA EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ACENOCUMAROL, REPORTE DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico

CATEGORÍA h) Especialidades: Oftalmología

AUTOR Silva Gonzalez Camila Belén (1)

CO-AUTORES Reyes Morales Ariel Fabián (2)
Silva Muñoz Estefania Alexandra (3)

AFILIACIÓN (1) Médico general de zona, Cefam Bernardo Leython, Puente Alto. (2) Médico general de zona, Cefam N°3 Abel Zapata, Rancagua (3) Médico general, CESFAM Bernardo Leighton, Puente Alto

INTRODUCCIÓN La hemorragia subconjuntival (HSC) es un proceso generalmente benigno definido como un sangrado en el espacio subconjuntival, causa frecuente de consulta en atención ambulatoria y servicios de urgencia (SU). Sus factores de riesgo son hipertensión arterial (HTA), hiperlipidemia, diabetes mellitus, anticoagulación y edad avanzada. Los anticoagulantes constituyen una causa conocida de HSC espontánea pese a encontrar el índice internacional normalizado (INR) en rango terapéutico. Objetivo:

Analizar el manejo de la HSC asociada al uso de anticoagulantes y control de INR para estandarizar su tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente de 81 años con antecedentes de HTA, fibrilación auricular en tratamiento con acenocumarol acude a consulta por cuadro de 6 horas de evolución de aumento de volumen, equimosis bpalpebral asociado a prurito ocular y dolor con movimientos oculares. Niega traumatismo en la zona. Se deriva a SU donde se constata gran equimosis bpalpebral asociada a hemorragia subconjuntival en 360 grados con efecto de masa, pupilas con reflejo fotomotor presente y simétrico, córnea indemne papila neta, rosada, motilidad parcial. Se solicitan pruebas de coagulación (INR 6.9) y escáner sin efecto de masa ni exoftalmos por lo que se decide suspender acenocumarol hasta control en policlínico de anticoagulación luego de cuatro días INR control 1.3, se decide reiniciar dosis de acenocumarol.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Los casos de HSC generalmente son autolimitados y, en muchos casos, no requieren intervención ni suspensión del tratamiento anticoagulante. Aunque no se ha establecido una relación entre INR fuera de rango y HSC es necesario solicitar pruebas de coagulación para determinar si suspender el tratamiento con acenocumarol. En esta revisión no encontramos datos estadísticos de esta patología en Chile, y nos parece importante estudiar su incidencia en la población nacional y de esta forma identificar factores de riesgo propios de nuestra población para avanzar en estandarizar el tratamiento.

PALABRAS CLAVE Acenocoumarol, anticoagulantes, equimosis, hemorragia

TÍTULO DEL TRABAJO ERUPCIÓN MUCOCUTÁNEA INFECCIOSA REACTIVA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE EN PACIENTE ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Mendoza Elguera Luis (1)

CO-AUTORES Román Mora Vicente(2)
Ghiglino Hernández Josefa (2)
Willatt Contardo Rosario (2)

AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, CESFAM Camiña, Camiña, Servicio de Salud Tarapacá (2) Interno de Medicina, Hospital Clínico Universidad Católica, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.
INTRODUCCIÓN	La erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME) es una entidad clínica poco especialmente por <i>Mycoplasma pneumoniae</i> . Aunque afecta principalmente a niños y adolescentes, su aparición en adultos es excepcional. Este cuadro clínico plantea un desafío diagnóstico en el entorno hospitalario. Los objetivos son describir su presentación y evolución para optimizar su abordaje.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 30 años, sano, consulta por cuadro de 10 días de evolución de tos productiva, odinofagia, conjuntivitis purulenta con hemorragia subconjuntival, úlceras labiales y sensación febril no cuantificada. Sin viajes recientes ni uso de medicamentos nuevos. Destaca requerimientos de oxígeno por naricera. En laboratorio destaca parámetros inflamatorios elevados y radiografía de tórax sin hallazgos. Se amplía estudio etiológico destacando IgM (+) en sangre para <i>Mycoplasma pneumoniae</i> y TAC tórax con hallazgos en pulmón derecho compatibles con neumopatía infecciosa inflamatoria aguda, resto de estudio infeccioso y autoinmune negativo. Se plantea el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad asociado a RIME, secundarias a infección por <i>M. pneumoniae</i> . Se indicaron antibióticos, corticoides sistémicos, y tratamiento tópico logrando resolución de síntomas y destete de oxígeno. Se solicita consentimiento informado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La RIME en adultos plantea desafíos diagnósticos, dado su solapamiento clínico con otras entidades. La confirmación mediante serología para <i>Mycoplasma pneumoniae</i> fue clave en este caso, destacando la necesidad de incluir este agente en el estudio etiológico de pacientes con mucositis severa. Aunque no existe un consenso terapéutico, el uso de antibióticos, corticoides sistémicos y manejo de soporte mostró una respuesta favorable en este paciente, alineándose con reportes recientes sobre este enfoque. Este caso enfatiza la importancia de un abordaje integral y personalizado en el manejo según la evolución clínica, destacando la necesidad de guías para RIME.
PALABRAS CLAVE	Enfermedades de la piel, Mucositis, <i>Mycoplasma pneumoniae</i>

TÍTULO DEL TRABAJO	CATATONÍA FEBRIL. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO EN PACIENTE EPILÉPTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	g) Neurología
AUTOR	Rubio Soto Maximiliano (1)
CO-AUTORES	Romero Sánchez Valeria (2), Campos Ponce Yennifer (3)
AFILIACIÓN	1. Médico General de Zona, CESFAM Cerro Alto, Constitución 2. Médica General de Zona, CESFAM Quilaco, Quilaco 3. Médica General de Zona, CESFAM Eduardo Frei Montalva, Villa Alemana
INTRODUCCIÓN	El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una complicación poco frecuente pero potencialmente mortal asociada al uso de neurolépticos. Se caracteriza por presentar hipertermia, rigidez generalizada, alteración del sensorio y disfunción autonómica. Este caso clínico busca aportar al reconocimiento precoz del SNM en el servicio de urgencia, enfatizando la importancia de un manejo oportuno en pacientes que utilizan neurolépticos, para evitar desenlaces fatales.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 40 años, con antecedentes de epilepsia y discapacidad intelectual, usuario de carbamazepina 200mg 2-2, risperidona 3mg 1-1, clorpromazina 100mg 1-2, tonaril 2mg 1-1 y clonazepam 2mg 0-2. Consultó en Hospital de Molina por cuadro de cuatro días de movimientos tónico-clónicos en extremidades superiores, compromiso de conciencia, hipertonía en “tubo de plomo” y fiebre de 38°C. Destacando hiponatremia severa (114 mEq/L) y elevación de creatinquinasa (CK). Al corregir electrolitos, evolucionó con sopor profundo y reflejos osteotendinosos abolidos. Por sospecha de SNM, derivaron al Hospital de Curicó. Donde iniciaron estudio de foco febril, con laboratorio y cultivos negativos, tomografía cerebral sin lesiones agudas. Por lo que decidieron hospitalizar en neurología, suspendiendo antipsicóticos basales. Evaluado por psiquiatría de enlace, quienes sugirieron mantener suspensión. Evolucionó con resolución de fiebre y catatonía, rigidez en “rueda dentada”, y descenso progresivo de CK y creatinina. Al séptimo día se inició olanzapina 10mg 0-1 y oxcarbazepina 300mg 1-1-1, bien tolerado. Tras catorce días sin fiebre, convulsiones, ni desajustes conductuales, indicaron el alta médica, con controles ambulatorios en neurología y psiquiatría.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Esta forma atípica de SNM, sin cambios recientes de dosis y con síntomas de instalación lenta como rigidez localizada y convulsiones, reafirma la necesidad de reconocer su amplio espectro clínico. Al ser un diagnóstico netamente clínico, requiere un alto índice de sospecha, incluso en pacientes medicados con antiparkinsonianos para prevenir efectos adversos, especialmente cuando existen comorbilidades neurológicas enmascarando la presentación clásica.

PALABRAS CLAVE Antipsicóticos, Catatonía, Hipertermia

TÍTULO DEL TRABAJO Síndrome de Vena Cava Superior como manifestación inicial de carcinoma tiroideo: A propósito de un caso.

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Letelier Bernal Enzo (1)

CO-AUTORES Segovia Rojas Jorge (1), Aburto Falcón Catalina (1), Letelier Yantén Bastien (1)

AFILIACIÓN (1) Médico EDF, Hospital de Peñablanca, Villa Alemana.

INTRODUCCIÓN El Síndrome de Vena Cava Superior (SVCS) es una condición clínica infrecuente, que generalmente se asocia a neoplasias malignas del tórax, siendo raro su origen en tumores tiroideos y de causas trombóticas. Se presenta como una urgencia oncológica, en ocasiones con compromiso hemodinámico y requiere abordaje diagnóstico y terapéutico oportuno. Se reporta un caso clínico relevante por su infrecuencia, presentación atípica y desenlace clínico.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 53 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, consulta por cefalea holocraneana de intensidad progresiva de un mes de evolución, asociado a disfonía y sensación de pesadez en extremidades superiores. Múltiples consultas previas en extrasistema y servicios de urgencia, sin diagnóstico etiológico claro. Al examen físico destacaba bocio doloroso e irregular, facie pletórica, edema en esclavina, circulación colateral cervicotorácica y signo de Botermann positivo. Dentro de los exámenes complementarios iniciales, se evidenció dímero D >5000ng/mL y mediastino ensanchado en radiografía torácica anteroposterior. Se realizó angioTAC de cuello y tórax, observándose masa tiroidea sugestiva de neoplasia con trombosis de vena yugular

interna, extendida hacia la vena cava superior, asociada a circulación colateral. Se diagnosticó SVCS y se inició anticoagulación hospitalaria. Durante la hospitalización se realizó ecografía y biopsia por punción de tiroides, informándose citología Bethesda V compatible con carcinoma tiroideo maligno. Por infiltración a musculatura profunda y grado de extensión, se definió manejo paliativo exclusivo. Consentimiento informado fue obtenido.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El Síndrome de Vena Cava Superior (SVCS) representa una urgencia médica que exige un elevado nivel de sospecha para su diagnóstico. Aunque se asocia comúnmente a neoplasias intratorácicas, el presente caso resalta la importancia de contemplar etiologías atípicas del SVCS, como neoplasias extratorácicas y causas trombóticas. Este informe contribuye al conocimiento clínico debido a su carácter infrecuente y valor diagnóstico, ya que una manifestación clínica insidiosa e inespecífica inicial retrasó el reconocimiento oportuno.

PALABRAS CLAVE Síndrome de Vena Cava Superior, Carcinoma Tiroideo, Trombosis Venosa

TÍTULO DEL TRABAJO VITILIGO LOCALIZADO POR TRAUMATISMOS REPETITIVOS, EJEMPLO DEL FENÓMENO DE KOEBNER:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA h) Otras Especialidades (Dermatología)

AUTOR Quezada Figueroa Lisandro (1)

CO-AUTORES Navarro Barrientos Diego (2)

AFILIACIÓN (1) Médico general, Cesfam Victoria, Victoria (2) Médico general, Cesfam Maipo, Buin

INTRODUCCIÓN El vitiligo es una dermatosis autoinmune caracterizada por despigmentación cutánea por pérdida de melanocitos, manifestándose como máculas acrómicas. El fenómeno de Koebner describe aparición de lesiones cutáneas características de una dermatosis preexistente en piel indemne tras traumatismo. En el vitiligo, se manifiesta con aparición de nuevas manchas despigmentadas en zonas lesionadas. El objetivo de esta presentación es describir un caso de vitiligo en un paciente adulto donde la etiopatogenia se asocia temporalmente con traumatismos ocurridos al inicio de su actividad laboral, ilustrando el fenómeno.

PRESENTACIÓN DEL CASO Hombre de 43 años con antecedente de vitiligo estable en pectoral derecho, desarrolló nuevas maculas acrómicas de tres meses de

evolución, localizadas en la región dorsal de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales en manos, piernas y rodillas. El paciente inició trabajo como obrero forestal hace cuatro meses y tuvo traumatismos contusos en dichas zonas por impacto con ramas. No hubo heridas abiertas, pero sí impactos directos. Al examen físico destacó fototipo IV, máculas acrómicas bien delimitadas, de morfología variable en zonas previamente descritas. No se identificaron otras lesiones ni hallazgos sistémicos. Se solicitó evaluación por teledermatología que, dada la distribución, cronología del inicio de la actividad laboral y los traumatismos, establece el diagnóstico de fenómeno de Koebner en contexto de vitiligo preexistente. Se reforzó uso de protección sin desarrollo de nuevas lesiones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El traumatismo, incluso sin daño epidérmico significativo, puede alterar el microambiente cutáneo y desestabilizar melanocitos en individuos predispuestos, como en el fenómeno de Koebner. Este caso demuestra una correlación entre el inicio de actividad como obrero forestal, los traumatismos sufridos y el desarrollo de vitiligo por fenómeno de Koebner. Se subraya la necesidad de una anamnesis laboral detallada en pacientes con vitiligo y la importancia de prevenir traumatismos cutáneos en personas predispuestas, especialmente en trabajos con riesgo de lesiones.

PALABRAS CLAVE Fenómeno de Koebner, Traumatismos, Vitiligo

TÍTULO DEL TRABAJO UN DIAGNÓSTICO COMPLICADO, SÍNDROME DE GITELMAN:

CLASE b) Medicina Interna

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Cabrera Díaz Eduardo (1)

CO-AUTORES Alcántara Hernández María Ignacia (1), Aguayo Barrientos Consuelo(2), Yáñez Reyes Benjamín (2)

AFILIACIÓN (1) Médico, CESFAM A. Leocán Portus Govinden, Talcahuano. (2) Interno medicina, U. San Sebastián, Sede Concepción

INTRODUCCIÓN El Síndrome de Gitelman (SG) es una tubulopatía distal, hereditaria autosómica recesiva, con disfunción de proteína especializada en transporte sodio y cloro en el túbulo contorneado distal. Rara, tiene prevalencia de 1/40.000. Caracterizada por hipokalemia, hipomagnesemia, hipocalciuria, alcalosis metabólica e hipotensión

arterial. Clínicamente suele ser asintomática o inespecífica, casos severos describen arritmias ventriculares, retraso crecimiento, rabdomiólisis y convulsiones.

Diagnóstico generalmente en adolescencia o adultez. Aunque su presentación suele ser leve y benigna, puede impactar significativamente la calidad de vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO Femenina de 24 años, antecedente de osteosarcoma de fémur y quimioterapia 10 años antes. En 2023 consulta por pielonefritis, detectandose hipokalemia severa 2.6mEq/L, recibió tratamiento con Ceftriaxona y reposición de potasio, con buena evolución. En seguimiento tras alta por nefrología, evoluciona con persistente hipokalemia. Se amplía estudio sérico, destacando alterados Potasio 3.3mEq/L, Magnesio 1.3mEq/L, Bicarbonato 31.1 y pH 7.36, resto estudio plasmático normal. Sintomatológicamente calambres ocasionales, inespecíficos. Se solicita recolección de orina 24h, informando en orina: sodio 149.91, potasio 63.1, cloro 149.9, Proteinuria 178.8, Clearance de creatinina 64. Ecografía reno-vesical muestra riñones de tamaño conservado, signos de cronicidad con hiperecogenicidad cortical, sin nefrocalcinosis. Dada ausencia de acidosis metabólica, se descarta Síndrome de Fanconi. Quedando diferencial Síndrome de Gitelman o causa carencial, tras intolerancia inicial oral a potasio, se retrasa confirmación diagnóstica. Actualmente con aporte oral de potasio y magnesio, con buena evolución.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El diagnóstico de trastornos hidroelectrolíticos es complejo, tomando incluso varios meses, debido a gran variedad de diagnósticos diferenciales, incluso dentro de las mismas tubulopatías. Dada la baja frecuencia de esta enfermedad y lo inespecífico de su presentación clínica, se recalca importancia de un abordaje siempre ordenado, que permita llegar a un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.

PALABRAS CLAVE Gitelman, Hidroelectrolítico, Tubulopatías

TÍTULO DEL TRABAJO DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE COLON EN PACIENTES CON ALTA CARGA FAMILIAR. A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico

CATEGORÍA B) Medicina Interna

AUTOR Anelli López Catalina (1)

CO-AUTORES Valenzuela Mora Claudia (2), Alvarado Saavedra Javiera (1)

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Santa Bárbara, Santa Bárbara (2) Médico Cirujano, Hospital Santa Barbara, Santa Bárbara
INTRODUCCIÓN	En Chile, el cáncer de colon se ha convertido en una patología cada vez más prevalente, lo que requiere un enfoque riguroso en su detección y manejo, especialmente en pacientes con alta carga oncológica familiar. Esta enfermedad puede presentarse con una variedad de síntomas, entre ellos manifestaciones menos frecuentes como el tromboembolismo pulmonar (TEP).
PRESENTACIÓN DEL CASO	Este es el caso de una paciente de 66 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes y dislipidemia, que cuenta con una marcada predisposición genética: ambos padres diagnosticados con cáncer gástrico y hermano con cáncer de colon. Inicialmente, la paciente presentó un cuadro clínico compatible con TEP y trombosis venosa profunda (TVP), condiciones que pueden en ocasiones ser manifestaciones paraneoplásicas de un proceso maligno. La presencia de estos hallazgos, junto a la significativa historia familiar de cáncer gastrointestinal, obligó a realizar un estudio completo con endoscopia y colonoscopia. En esta última, se identificó un tumor maligno en el colon, el cual fue resecado oportunamente. El diagnóstico histopatológico confirmó un adenocarcinoma de colon, permitiendo la instauración de un plan terapéutico multidisciplinario enfocado en el tratamiento y seguimiento del cáncer de colon.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En conclusión, este caso resalta la importancia de realizar estudios invasivos en pacientes con alta carga familiar de cáncer gastrointestinal, incluso cuando se presentan cuadros clínicos inicialmente orientados a otros diagnósticos, como el TEP. La detección temprana a través de colonoscopia en pacientes de riesgo es fundamental para mejorar los resultados clínicos, demostrando que una evaluación integral puede marcar la diferencia en el manejo oportuno del cáncer de colon.
PALABRAS CLAVE	Cáncer del colon, Embolia pulmonar, Oncología
TÍTULO DEL TRABAJO	RADIOLOGÍA DE VANGUARDIA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN UN CASO DE INFARTO ISQUÉMICO Y ANEURISMA CEREBRAL:
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA	H) Especialidades (Radiología)
AUTOR	Anelli López Catalina (1)

CO-AUTORES	Bascuñán Vallejos Juan Pablo (1), Reid Beros Álvaro (1)
AFILIACIÓN	(1)Médico General De Zona, Hospital Santa Bárbara, Santa Bárbara
INTRODUCCIÓN	La radiología es una especialidad médica en constante evolución que ha revolucionado el diagnóstico y tratamiento de enfermedades neurológicas graves, como el accidente cerebrovascular (ACV). El ACV isquémico, que ocurre por la obstrucción del flujo sanguíneo cerebral, requiere una identificación y tratamiento rápidos para reducir el daño neuronal. En este contexto, la radiología no solo permite un diagnóstico certero mediante técnicas avanzadas, sino que también ofrece soluciones terapéuticas mediante procedimientos mínimamente invasivos. Entre ellos, se destacan la trombectomía mecánica y el tratamiento endovascular de aneurismas, que han demostrado mejorar significativamente el pronóstico funcional de los pacientes.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Presentamos el caso de una paciente femenina de 48 años, sin antecedentes médicos, que consulta por una hemiparesia facio-braquiocrural izquierda, desviación de la comisura labial y disartria de instalación súbita. Ante la sospecha de un evento vascular cerebral, se activa el código ACV y se realiza una resonancia magnética (RM) con protocolo de stroke, que evidenció un infarto agudo en el núcleo caudado y putamen derechos, compatible con un evento isquémico en el territorio de la arteria cerebral media (ACM) derecha. Adicionalmente, se realizó una angiotomografía computarizada (Angio-TC) cerebral que mostró un aneurisma sacular de 6 mm en la bifurcación de la ACM derecha. Cuatro meses después, la paciente presenta cefalea intensa de inicio súbito y vómitos explosivos, compatibles con la ruptura del aneurisma previamente identificado. Es hospitalizada e intervenida de urgencia por el equipo de radiología intervencional, realizándose un tratamiento endovascular definitivo con colocación de un diversor de flujo.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso resalta la importancia del manejo interdisciplinario, destacando el papel de la neurorradiología y la radiología intervencional en la identificación y tratamiento oportuno de patologías cerebrovasculares. La combinación de técnicas avanzadas de imagen y abordajes terapéuticos innovadores permite optimizar la evolución clínica, reducir complicaciones y mejorar el pronóstico de los pacientes.
PALABRAS CLAVE	Radiología Intervencionista, Accidente Cerebral Vascular, Aneurisma intracraneal

TÍTULO DEL TRABAJO	Síndrome de Swyer-James-McLeod, Reporte de caso:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Arce Galfán Josefa (1)
CO-AUTORES	Barrera Meza Valentina (2), Torres Oporto Jaime (2), Jiménez Aguilera Diego (2)
AFILIACIÓN	1. Médico General de Zona, Cefam Carlos Lorca Tobar, Santiago. 2. Interno de Medicina, Universidad de Santiago de Chile, Santiago.
INTRODUCCIÓN	El síndrome de Swyer James McLeod (SJML) es una patología pulmonar infrecuente adquirida en la infancia, secundaria a neumonitis infecciosa y bronquiolitis. Generalmente es asintomática o puede presentarse con tos, hemoptisis, expectoración y disnea. Radiológicamente, se caracteriza por hiperclaridad pulmonar lobar o multilobar con atrapamiento aéreo espiratorio y disminución de la vascularización pulmonar, generalmente postinfecciosa. Su diagnóstico habitualmente es incidental, y se establece mediante hallazgos clínicos y radiológicos. El manejo de primera línea del SJML es conservador, mediante agonistas Beta2-adrenérgicos de acción prolongada y corticoesteroides inhalados (CI).
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 40 años, con antecedentes de limitación crónica del flujo aéreo postinfecciosa por neumonía herpética a los 4 años, sin exposición a tabaco ni biomasa, acude por tos con expectoración mucosa diaria desde los 4 años que interfiere con sus actividades de la vida diaria y disnea de moderados esfuerzos, añadiéndose últimamente expectoración hemoptoica. Al examen físico destaca espiración prolongada y estertores modificables con tos ocasional. Posee baciloscopia negativa, espirometría normal y radiografía de tórax con opacidades reticulares perihiliares bilaterales por engrosamiento intersticio peribroncovascular. En extrasistema fue diagnosticada con asma y se maneja con esquema de CI, bromuro de ipratropio y salbutamol sin respuesta, razón por la que se deriva a hospital de referencia con sospecha de enfermedad pulmonar obstructiva crónica postinfecciosa, donde se realiza estudio inmunológico y PCR mycobacterium con resultado negativo, TAC de tórax con bronquiectasias en lóbulo inferior izquierdo con cultivo de expectoración positivo para H.

influenzae demostrando bronquiectasias colonizadas, tratadas con Azitromicina trisemanal asociado con CI y tiotropio con mejoría clínica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Ante la baja prevalencia del SJML y su diagnóstico clínico-radiológico, es fundamental conocer esta patología para aumentar su sospecha, diagnóstico temprano, consideración como diagnóstico diferencial de enfermedades pulmonares obstructivas y su oportuno tratamiento centrado en mejorar la calidad de vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVE Bronquiectasias, Hiperclaridad Pulmonar Lobar, Síndrome de Swyer-James-McLeod.

TÍTULO DEL TRABAJO MICOSIS FUNGOIDE (LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS T) COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PITYRIASIS ALBA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (CC).

CATEGORÍA h) Especialidades (Dermatología).

AUTOR Salazar Mejías Ángela (1).

CO-AUTORES Rosas Rojas Barbara (1), Bermont Portilla Constanza (1), Avello Díaz Hugo (1).

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Curepto, Curepto.

INTRODUCCIÓN La micosis fungoide (MF) es uno de los subtipos más comunes de linfoma cutáneo de células T, con posible afectación a linfonodos, vísceras o sangre. Requiere alta sospecha diagnóstica considerando sus variantes con otros diagnósticos diferenciales más frecuentes, por ello, el presente caso atendido en ambulatorio tiene por objetivo considerar este diagnóstico en presentación atípica de maculas o placas hipopigmentadas.

PRESENTACIÓN DEL CASO Masculino de 11 años, sin antecedentes mórbidos, consultó por máculas hipopigmentadas de más de un año de evolución, localizadas en extremidades superiores, inferiores, cuello y rostro, sin otros síntomas acompañantes, ni gatillantes, pero que fueron progresando y se agregaron lesiones maculopapulares eritematosas en abdomen. Fue evaluado por Teledermatología previo consentimiento informado, se sugirió diagnóstico de Pityriasis Alba, indicándose fotoprotección y educación. Posteriormente, reconsulta por mayor extensión de lesiones y

se derivó a consulta presencial. Paralelamente, consultó a dermatólogo en extrasistema, se biopsia, reportando MF variante hipopigmentada, inmunohistoquímica con epidermotropismo linfocitario CD8+. Al mes siguiente fue evaluado presencial, ante nuevo diagnóstico se indicó fototerapia, urea al 10% y estudio con tomografía computarizada (TC) de cuello, tórax, abdomen y pelvis. TC de tórax informó lesión sólida en mediastino anterior, evaluado por hemato-oncología pediátrica le impresiona remanente de timo. Paraclínicos destacaban hemograma normal e hipovitaminosis D. Actualmente con reducción significativa de maculas con fototerapia, corticoide e inmunomodulador tópico en seguimiento por dermatología y hemato-oncología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La sospecha MF temprana es difícil y aún más si se trata de una variante, dado que suele asemejarse a otras entidades dermatológicas ya sea clínica o histopatológicamente, lo cual resulta crucial plantearse este diagnóstico diferencial. En cuanto a la variante hipopigmentada, es infrecuente, afecta principalmente población pediátrica tal como la pitiriasis alba, localizándose en áreas fotoexpuestas a diferencia de MF clásica, siendo clave para orientar diagnóstico la progresión de las lesiones, placas eritematosas coexistentes y la biopsia cutánea.

PALABRAS CLAVE Diagnóstico diferencial, Micosis Fungoide, Pitiriasis.

TÍTULO DEL TRABAJO URTICARIA CRÓNICA INDUCIDA POR FRÍO, UN CASO CLÍNICO

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA h) Otras Especialidades (Dermatología)

AUTOR Quezada Figueroa Lisandro (1)

CO-AUTORES Navarro Barrientos Diego (2)

AFILIACIÓN (1)Médico general, Cesfam Victoria, Victoria (2)Médico general, Cesfam Maipo, Buin

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La UCIF debe sospecharse ante lesiones cutáneas recurrentes asociadas a exposición al frío. La prueba del cubo de hielo es una herramienta diagnóstica simple, especialmente útil en contextos ambulatorios. El tratamiento inicial con antihistamínicos no sedantes suele ser efectivo. Aunque el pronóstico de la UCIF suele ser favorable, el diagnóstico y manejo oportuno permiten adecuado control sintomático y reducen el impacto en la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE Antihistamínicos, Frío, Urticaria

TÍTULO DEL TRABAJO Fractura avulsiva de calcáneo, a propósito de un caso:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA h) especialidades (traumatología adulto)

AUTOR Castillo Torres, Francisca (1)

CO-AUTORES Barra Ortiz, Paulina (2)
Palet Correa Esteban (3)

AFILIACIÓN (1) Médico general de Zona, Cesfam el Carmen, Temuco
(2) Médico general de Zona, Cesfam Pulmahue, Padre las casas (3) Médico general de Zona, Cesfam Conunhuenu, Padre las casas

INTRODUCCIÓN El calcáneo se ubica en el pie, siendo el hueso más largo de éste, con sitio de inserción de tendones, ligamentos además de sitios intra- articulares (1). La fractura de calcáneo tiene baja incidencia, siendo más baja aún la fractura extra articular, dentro de la cual encontramos la fractura avulsiva.
El mecanismo de lesión puede ser mediante trauma menor, hasta una fuerte contracción muscular concéntrica del músculo tríceps sural (2) y el diagnóstico se confirma mediante radiografía (3)
A continuación se presenta un caso de fractura avulsiva del calcáneo

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina de 67 años, sin antecedentes mórbidos, relata que el día 07/05/2024 sufre caída desde altura aprox 50 cm, resultando en inversión forzada del tobillo derecho y evolucionando con dolor, aumento de volumen e impotencia funcional de pie derecho. Consulta en Servicio de alta resolución (SAR) Miraflores, al examen físico

destaca deformidad, equimosis extensa en cara lateral de pie derecho. Mediante radiografía simple se evidencia fractura avulsiva del calcáneo. Se deriva a Hospital regional de Temuco donde el día 12/05/2024 se resuelve quirúrgicamente, efectuando ostectomía de fragmento avulsionado y reinserción de tendón calcáneo con doble ancla en la tuberosidad.

Al alta con indicación de reposo relativo, inmovilización con bota ortopédica, analgesia, profilaxis antitrombótica y control en 1 mes por especialidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La fractura del calcáneo corresponde a un 1.2-2% de todas las fracturas (1), el 25% es extra-articular, generalmente en mujeres postmenopáusicas con patologías asociadas como osteoporosis, diabetes o inmunosupresión crónica, pudiendo beneficiarse de fármacos como calcio, zinc, vitamina D, alendronato en la etapa de recuperación. El manejo habitual es con reducción y fijación interna (2), dando énfasis en asegurar la estabilidad mecánica y resistencia efectiva contra la fuerza de tracción del músculo tríceps sural.

PALABRAS CLAVE Fractura, calcáneo, fractura por avulsión.

TÍTULO DEL TRABAJO GANGRENA DE FOURNIER UNA PRESENTACION MENOS FRECUENTE EN PACIENTE ATIPICO A PROPOSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC).

CATEGORÍA d) Cirugía

AUTOR Vallejos Robles Hugo (1).

CO-AUTORES Cofre Muñoz Cesar (2), Figueroa Fuentes Sergio (3)

AFILIACIÓN (1) Médico en etapa de formación y destinación, Cefsam La Floresta, Concepción.
(2) Médico en etapa de formación y destinación, Hospital de Coinco, Coinco.
(3) Médico en etapa de formación y destinación, Cefsam Dra. Eloísa Díaz Insunza, Chiguayante

INTRODUCCIÓN La gangrena de Fournier es una fascitis necrosante de etiología polimicrobiana que compromete principalmente el área perineal. Presenta una incidencia estimada de 1,6 por cada 100.000 personas y una

alta mortalidad, cercana al 20–40 %. El principal factor de riesgo es la Diabetes Mellitus, seguido por inmunosupresión, lesiones perineales y patologías genitourinarias.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta un paciente masculino de 55 años, con antecedentes de gota, que consulta por lipotimia en domicilio y cuadro de dos días de evolución caracterizado por edema importante peneano y escrotal, dolor testicular severo y malestar general. A su ingreso, se encontraba hipotenso (PA 73/47 mmHg), con frecuencia cardíaca de 77 lpm y temperatura de 36,0 °C. Se inició manejo en reanimador con bolos de solución salina al 0,9 % y drogas vasoactivas. Al examen físico destacaba edema anteriormente descrito de importante cuantía doloroso, sin signos locales de eritema ni lesiones visibles en periné. Los exámenes de laboratorio evidenciaron leucocitosis 25.000 y PCR elevada 243 mg/L, iniciándose tratamiento antibiótico con ceftriaxona EV y derivación a centro de mayor complejidad por sospecha de gangrena de Fournier. En el centro derivador, debido a la ausencia de lesiones perineales, se descartó inicialmente el diagnóstico, ingresando a UCI con diagnóstico de celulitis. Días después, el paciente desarrolló necrosis en zona perineal y escrotal, requiriendo múltiples aseos quirúrgicos, antibiótico de amplio espectro y prepuciotomía dorsal con colgajo de avance, finalmente con favorable resolución.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Factores asociados a mayor mortalidad incluyen leucocitosis $>30.000/\text{mm}^3$, creatinina $>2 \text{ mg/dL}$, edad >60 años y retraso quirúrgico mayor a 24 horas. Resalta la importancia del diagnóstico precoz y la consideración de presentaciones atípicas, ya que el retraso en el tratamiento puede ser determinante para la sobrevida del paciente.

PALABRAS CLAVE

Fascitis, Gangrena De Fournier, Sepsis

TÍTULO DEL TRABAJO

GLOMERULOPATÍA C3 UN DESAFÍO FUTURO PARA EVITAR SU MAL PRONÓSTICO

CLASE

Medicina interna

CATEGORÍA

Caso clínico (cc)

AUTOR

Chavarría Flores Victoria (1)

CO-AUTORES	Sepúlveda García González Scarlett (2)	Pérez Gabriel	(1)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de Zona, Hospital de Lota, Lota (2) Médico general de Zona, Hospital de Collipulli, Collipulli		
TÍTULO DEL TRABAJO	GLOMERULOPATÍA C3, UN DESAFÍO FUTURO PARA EVITAR SU MAL PRONÓSTICO		
INTRODUCCIÓN	La Glomerulopatía C3 es una patología recientemente descubierta, caracterizada por un depósito mayoritario de complejo C3 en ausencia de depósitos de inmunoglobulinas,. Esto ha revolucionado la perspectiva de las glomerulopatías, el tratamiento y la clasificación de las enfermedades glomerulares mediadas por inmunocomplejos.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 23 años consulta por un mes de evolución de edema de extremidades inferiores, fatigabilidad, presentando disnea progresiva en últimos días, donde se constata crisis hipertensiva asociado a insuficiencia respiratoria aguda, que debió ser manejada con medidas invasivas. Se trasladó a cuidados intensivos con lesión renal aguda KDIGO III de causa no precisada. Se inicia diálisis de urgencia, respondiendo favorablemente. En sus exámenes destaca disminución de complemento C3, con ecografía renal que evidencia parénquima renal engrosado, con signos de nefropatía bilateral crónica. Evaluado por nefrología, que diagnostica enfermedad renal crónica de inicio reciente secundario a glomerulopatía por C3, dada de alta con diálisis trisemanal e ingresada al programa de trasplante renal.		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La glomerulopatía C3 es una patología de reciente descubrimiento. Se presenta en poblaciones jóvenes con mal pronóstico debido a la falta de terapia específica, por lo que suelen ingresar a terapia dialítica precozmente. El trasplante es una opción, sin embargo, existe un alto riesgo de recurrencia de la enfermedad. Al ser una patología reciente, se hace esencial el estudio detallado de nuevas alternativas terapéuticas. Por ende, es esencial sospechar esta enfermedad en pacientes jóvenes que presenten una falla renal grave sin causa evidente, siendo trascendental su estudio incluyendo toma de biopsia, que determinará el tipo de glomerulopatía y su eventual tratamiento, el cual se están evaluando alternativas con medicamentos biológicos.		
PALABRAS CLAVE	Insuficiencia renal- Diálisis- Trasplante renal		

TÍTULO DEL TRABAJO	Glomerulopatía C3 un desafío futuro para evitar su mal pronóstico
CLASE	Medicina interna
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Chavarría Flores Victoria (1)
CO-AUTORES	Sepúlveda Pérez Gabriel (2) García González Scarlett (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de Zona, Hospital de Lota, Lota (2) Médico general de Zona, Hospital de Lota, Lota (3) Médico general de Zona, Hospital de Collipulli, Collipulli
INTRODUCCIÓN	La Glomerulopatía C3 enfermedad renal descrita recientemente, una papel patogénico clave en la vía alternativa del complemento, caracterizada por un depósito mayoritario de C3 en ausencia de depósitos de inmunoglobulinas en la inmunofluorescencia directa. Ha revolucionado la perspectiva, el tratamiento y la clasificación de las enfermedades glomerulares en glomerulopatía C3 del complemento y glomerulonefritis mediada por inmunocomplejos.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 23 años presenta cuadro de un mes de edema de extremidades inferiores y fatigabilidad, evolucionando la última semana con disnea progresiva. Consulta en urgencia, se constata en crisis hipertensiva e insuficiencia respiratoria rápidamente progresiva con cianosis perioral y crépitos gruesos bilaterales, se maneja con nitroglicerina y furosemida endovenosa, intubación. Ingres a cuidados intensivos con lesión renal aguda KDIGO III de causa no precisada con sobrecarga de volumen refractaria, se inicia diálisis de urgencia, respondiendo favorablemente con extubación a los dos días de ingreso. Exámenes destacan disminución de C3 y ecografía renal con riñones de tamaño conservado, adecuado grosor parenquimatoso, y signos de nefropatía médica bilateral crónica. Cuadro concordante, según nefrología, con Enfermedad renal crónica con inicio reciente de hemodiálisis secundario a Glomerulopatía crónica por C3, siendo dada de alta con seguimiento, diálisis trisemanal e ingreso a programa para trasplante renal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Entidad diagnosticada con biopsia renal con aparición en poblaciones jóvenes con mal pronóstico dado falta de terapia específica, que si bien el trasplante es una opción, existe un alto riesgo de recurrencia de la enfermedad y de fracaso. Se hace esencial el estudio detallado de nuevas alternativas terapéuticas para esta enfermedad. Afortunadamente, están surgiendo diversas terapias anticomplemento en fase de desarrollo farmacológico. Recientemente, el eculizumab, un anticuerpo anti-C5, ha demostrado eficacia en el tratamiento de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE Glomerulopatía- Enfermedad renal crónica- Complemento

TÍTULO DEL TRABAJO Guillain Barre, a propósito de un caso de presentación atípica.

CLASE Neurología

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Palacios Pawathon Valentina (1)

COAUTOR Maureira Bahamondes Camila (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Alhué, Alhué , Región Metropolitana
(2) Médico General de Zona, Hospital Comunitario Florencio Vargas Díaz, Diego de Almagro, Región de Atacama

INTRODUCCIÓN El síndrome de Guillain-Barré (SGB), es una neuropatía inmunomediada inflamatoria aguda, de etiología autoinmune que causa inflamación en los nervios periféricos y sus raíces espinales, es la causa más frecuente de debilidad flácida aguda o subaguda, la cual es potencialmente mortal. Generalmente se presenta como una parálisis flácida ascendente, simétrica,, arrefléxica la cual generalmente viene con antecedente de una infección previa, cirugía y/o administración de vacunas los cuales provocan una respuesta autoinmune aberrante que genera daño axonal y desmielinizante.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Varón 24 años, sin antecedentes , alérgico al ibuprofeno, niega cuadros infecciosos recientes, ingresa a servicio de urgencia rural (SUR) por perdida de fuerza generaliza de tres días de evolución asociado a disfagia ilógica, niega otros síntomas. Ingresa con marcha dificultosa, en buenas condiciones generales, hemodinámicamente estable. Al examen físico destaca leve desviación de la comisura labial a izquierda y pérdida de fuerza generalizada siendo M3 para extremidades inferiores y M4 para extremidades superiores asociado a tono disminuido, reflejos osteotendinosos presentes. Dado sintomatología se deriva a nivel secundario donde realizaron examen de líquido cefalorraquídeo, revelando disociación albumino-citológica, diagnosticándose SGB de presentación atípica, ingresó a unidad de cuidados intensivos, recibió tratamiento con inmunoglobulina , sin embargo, evolucionó tórpidamente, requiriendo ventilación mecánica, finalmente progresa favorablemente recuperando su movilidad en cinco meses.				
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Los casos de SGB son poco frecuentes, pero potencialmente graves y muchas veces su diagnóstico es tardío debido a la falta de sospecha, lo cual agrava el pronóstico, el tratamiento temprano es clave para prevenir complicaciones graves como el compromiso respiratorio, es por esto que debemos reconocer sus variantes clínicas más allá de la presentación clásica, también se deben considerar realizar exámenes complementarios, asimismo ante resultados no se debe esperar iniciar tratamiento precoz, es fundamental mantener un alto índice de sospecha clínica, incluso ante formas no clásicas.				
PALABRAS CLAVE	Guillain Barré - Neuropatía - Autoinmune				
TÍTULO DEL TRABAJO	HANTA VIRUS: CAUSA DE DISNEA POCO FRECUENTE PERO MORTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO				
CLASE	Caso clínico				
CATEGORÍA	b) Medicina Interna				
AUTOR	Vidal Torres, Diego Nicolás (1)				
CO-AUTORES	Pizarro	Carvajal,	Felipe	Octavio	(2)
	Reyes	Sabag,	Nazira	Gabriela	(2)
	Vargas Valdivia, Camilo Tomás (3)				

AFILIACIÓN	(1)	Médico	EDF	Cesfam	Panguipulli
	(2)	Médico		Cesfam	Panguipulli
	(3)	Médico Clínica Vitale			

INTRODUCCIÓN La infección por hantavirus es una zoonosis transmitida al ser humano especialmente por roedores silvestres, a través de la inhalación de aerosoles. La región de Los Ríos se encuentra frecuentemente entre las 3 regiones con las tasas de prevalencia más altas del país. El cuadro clínico se caracteriza por síntomas iniciales similares a otras infecciones respiratorias, como fiebre y mialgias, que pueden evolucionar hacia insuficiencia respiratoria debido a edema pulmonar y shock, conocido como el Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus, cuya letalidad alcanza hasta el 40-50%.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente de 46 años, residente de la comuna de Panguipulli, sin antecedentes mórbidos conocidos, presenta cuadro de 3 días de evolución de episodios febriles y mialgias. Consulta en servicio de urgencia (SU) sospechándose influenza e indicándose manejo conservador. Al sexto día de evolución, reconsulta en SU por persistencia de síntomas, agregándose disnea y tos productiva. Ingresa saturando 88% a FiO2 ambiental, taquicárdico y polipneico. Se rescata antecedente de trabajo como mecánico en sector rural hace 1 semana. En exámenes destaca hemograma con hemoconcentración, trombocitopenia y leucocitosis con desviación izquierda. Dada sospecha, se realiza test rápido IgM Hantavirus resultando positivo. Se controla con scanner que evidencia extensas opacidades bilaterales en vidrio esmerilado de distribución periférica. Se decide intubación, manejo con ventilación mecánica invasiva y derivación a Hospital de alta complejidad para inicio de terapia de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES En pacientes con Hantavirus la progresión hacia el fallo respiratorio y el shock cardiogénico es rápida, por lo que el manejo se centra en el reconocimiento temprano y en el soporte crítico, incluyendo el uso de ECMO en casos severos. Respecto a la evaluación inicial, es clave considerar la presencia de trombocitopenia y leucocitosis, junto con infiltrados pulmonares difusos en radiografías para aumentar la sospecha clínica, sumado al interrogatorio dirigido sobre una posible exposición a roedores.

PALABRAS CLAVE Hantavirus, Insuficiencia respiratoria, Oxigenación por membrana extracorpórea

TÍTULO DEL TRABAJO HEMATOMA MESENCEFÁLICO-PONTINO EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHÓLICA Y COAGULOPATÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Neurología

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Muñoz Aguilera, Maximiliano (1)

CO-AUTORES Salazar Vargas, Paola (1); Cid Vera, Josefa (1)

AFILIACIÓN Médico(a) General de Zona, Hospital de Lanco, Lanco

INTRODUCCIÓN La cirrosis hepática se asocia a múltiples complicaciones sistémicas. Una de ellas es la coagulopatía, resultado de la síntesis reducida de factores de coagulación, trombocitopenia y disfunción plaquetaria. Este desequilibrio hemostático expone al paciente tanto a hemorragias como a eventos trombóticos. La hemorragia intracerebral espontánea (HIC) es una complicación poco común pero potencialmente letal en los pacientes cirróticos. Su localización en tronco encefálico es aún más rara. Se presenta el caso de un paciente con cirrosis hepática alcohólica que desarrolló un hematoma espontáneo mesencefálico-pontino derecho. El objetivo es resaltar la importancia del reconocimiento oportuno y el manejo conservador en contextos de alto riesgo quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 45 años con cirrosis hepática Child B secundaria a alcoholismo crónico. Consultó por tres días de dificultad para la marcha y caídas. Al ingreso presentaba hipoestesia en hemicuerpo izquierdo, nistagmo horizontal y vertical, disdiadococinesia, dismetría y ataxia. El laboratorio mostró tiempo de protrombina prolongado y trombocitopenia. Una tomografía cerebral reveló hematoma mesencefálico-pontino derecho, con aumento de volumen en el control. Se descartaron causas estructurales mediante angioTAC. Dado el alto riesgo quirúrgico, se decidió manejo conservador. Evolucionó con mejoría clínica, persistiendo disartria leve e hipoestesia izquierda al egreso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Las complicaciones neurológicas hemorrágicas en la cirrosis hepática, aunque infrecuentes, conllevan alta morbilidad y mortalidad. La hemorragia intracraneal ocurre en aproximadamente el 2% de estos pacientes. Su localización en tronco encefálico representa el 6-10% de los casos, con

una mortalidad del 30–90%. En este caso, la ausencia de factores precipitantes como traumatismo o malformaciones vasculares sugiere una etiología espontánea atribuible a la coagulopatía inducida por la cirrosis. Este escenario clínico resalta la necesidad de mantener un alto grado de sospecha clínica. La evolución clínica favorable con manejo conservador destaca la importancia de un enfoque individualizado y vigilancia intensiva.

PALABRAS CLAVE Cirrosis Hepática, Hemorragia cerebral, Trastornos de la Coagulación Sanguínea.

TÍTULO DEL TRABAJO HEMATOMA PAROXÍSTICO DE LOS DEDOS, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA Medicina interna

AUTOR Riquelme Parra, Felipe (1)

CO-AUTORES Milling Henriquez, Camila (1)
Del Río Roa, Joaquin(2)

AFILIACIÓN (1)Médico General de Zona, Hospital Río Bueno, Río Bueno (2)Médico integral, Hospital Río Bueno, Río Bueno

INTRODUCCIÓN El síndrome de Achenbach o también llamado hematoma paroxístico de los dedos, es una enfermedad rara, benigna y autolimitada de etiología desconocida¹. Es una patología con probable origen vascular que produce edema y dolor agudo y, posteriormente, hematoma en alguno de los dedos². Puede presentar síntomas previos al inicio del cuadro como molestias vagas, hormigueo o incluso prurito en la zona de la futura aparición del hematoma. Se presenta el siguiente caso con el objetivo de dar a conocer una patología poco frecuente pero benigna.

PRESENTACIÓN DEL CASO Usuario masculino 87 años, sin antecedentes mórbidos, acude por cambio de coloración de dedo dos de mano izquierda de tres días de evolución; niega dolor, niega golpe y/o caída. A la evaluación destaca equimosis desde la base del dedo dos izquierdo hacia distal, buena temperatura al tacto y llene capilar menor 3 segundos. Se solicita electrocardiograma donde se descarta fibrilación auricular y se toman exámenes de

laboratorio que no muestran hallazgos anormales. Se cita a control en 1 semana donde se observa cese completo de sintomatología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El síndrome de Achenbach es una enfermedad poco frecuente cuya etiología no está clara. Puede afectar tanto a hombres como a mujeres, pero la prevalencia es mayor en mujeres con promedio de edad a los 50 años. No se requiere un tratamiento específico para esta afección y las lesiones cutáneas suelen curarse espontáneamente³. Dentro de los diagnósticos diferenciales de esta patología se encuentra el síndrome de Raynaud, vasculopatía isquémica de los miembros, acrocianosis, alteraciones de las colateral del arco aórtico, entre otros. A pesar de ser poco frecuente, su conocimiento es fundamental para la reducción de ansiedad tanto del usuario como el tratante y así poder educar a la población sobre una afección bastante simple sin sobre pensar en una condición más grave que ponga en riesgo las extremidades.

PALABRAS CLAVE “equimosis”; “hematoma”; “cianosis”

TÍTULO DEL TRABAJO “SÍNDROME DE TERTON BILATERAL SECUNDARIO A HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA; UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO:”

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA h) Especialidades (otorrinolaringología, oftalmología, urología, psiquiatría, entre otros)

AUTOR Roa Silvestre Danitza (1)

CO-AUTORES Corentin Stanley (2)
Ananias Salgado Kamel (3)
Silva Barrueto Javiera (4)

AFILIACIÓN (1) Medico EDF, Hospital Clorinda Avello, Santa Juana. (2) Medico General, Posta Santa Inés, Las Cabras.
(3) Medico General, CESFAM Sol de oriente, Chillan.
(4) Interna Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.

INTRODUCCIÓN El síndrome de Terson (ST) definida como aquella hemorragia vítrea o retiniana asociada a hemorragia subaracnoidea (HSA), tiene una incidencia de 10-40% de los casos de HSA aneurismática. A continuación,

se presenta el caso de una paciente con pérdida de agudeza visual súbita y cefalea, donde destaca la importancia del manejo multidisciplinario tanto oftalmológico como neurológico y la relevancia del fondo de ojo en el examen físico para su diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina de 67 años, hipertensa no controlada y con tabaquismo activo, consulta en urgencias por pérdida brusca de agudeza visual (AV) bilateral de 24 horas de evolución, asociada a cefalea intensa de inicio súbito, náuseas y vómitos. Al examen físico destaca agudeza visual sin percepción de luz bilateral. Pupilas midriáticas y arreflécticas, fondo de ojo no valorable por opacidad de medio, rigidez nuchal y Glasgow 14/15 puntos. Dada la valoración clínica se derivada a centro de referencia donde se realiza Tomografía cerebral (TC) sin contraste que evidencia hemorragia subaracnoidea difusa con hidrocefalia leve, Angio-TC que muestra Aneurisma sacular de 7 mm en arteria comunicante anterior y ecografía ocular con Hemorragia vítrea bilateral sin complicaciones retinianas. Confirmando síndrome de Terson, se priorizó el clipaje endovascular (primeras 12 horas). La vitrectomía se postergó 6 semanas por inestabilidad neurológica, logrando AV final de 20/40 y 20/30. La paciente da su consentimiento para el uso anónimo de su caso para ser presentado en jornadas médicas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El ST puede ser la primera manifestación de HSA, incluso sin síntomas neurológicos graves por lo que requiere alto índice de sospecha. La vitrectomía tardía, en este caso, coincidió con estudios que reportan mejoría visual post-6 semanas (3), contrastando con protocolos que proponen intervención temprana. Su reconocimiento temprano puede disminuir secuelas, justificando su inclusión en algoritmos de ceguera súbita.

PALABRAS CLAVE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, HEMORRAGIA VÍTREA, VITRECTOMÍA

TÍTULO DEL TRABAJO HEPATITIS AGUDA ALCOHÓLICA REFRACTARIA A CORTICOIDES Y OPCIONES TERAPÉUTICAS EN PACIENTE NO CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Marambio Galaz Gonzalo (1)
CO-AUTORES	Maureira Ramírez Josué (2) Valenzuela Yañez Sebastián (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Adriana Cousiño de Quintero, Quintero. (2) Médico General de Zona, Hospital Intercultural Kallvu Llanka - Cañete (3) Médico General de Zona, CESFAM Julio Acuña Pinzon, Lo Espejo, Santiago.
INTRODUCCIÓN	La hepatitis aguda alcohólica (HAA) representa una complicación severa del daño hepático inducido por alcohol, caracterizada por inflamación hepática aguda en pacientes con ingesta prolongada superior a 100 g/día. Su manejo implica estratificación pronóstica con scores como Maddrey, MELD y Lille. La corticoterapia es el tratamiento de elección en casos graves, aunque un porcentaje significativo no responde, limitando las opciones terapéuticas, especialmente en pacientes no candidatos para trasplante hepático.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 61 años, con antecedentes de daño hepático crónico, diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo e hipertensión. Consulta por dolor en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos biliosos tras ingesta excesiva de alcohol. Ingresó hemodinámicamente estable, sin fiebre ni signos de irritación peritoneal. Estudios iniciales revelaron elevación de transaminasas; e imágenes informaron signos de hepatitis sin obstrucción biliar. Serologías virales negativas. Con diagnóstico de HAA, se calculó Score de Maddrey 36 y MELD-Na 24, iniciándose prednisona 40 mg/día. A los 28 días, Lille Score > 0.45, indicativo de mala respuesta. No obstante, el paciente fue descartado como candidato a trasplante por factores psicosociales, evaluando opciones terapéuticas, medidas de soporte y cuidados paliativos.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La HAA severa representa una entidad de alta mortalidad cuando no hay respuesta a corticoides ni opción de trasplante (supervivencia <30% a 6 meses). Si bien el soporte nutricional y la abstinencia son pilares, el Score de Lille orienta la respuesta a corticoides. En pacientes no respondedores, opciones como pentoxifilina, NAC o MARS han mostrado eficacia limitada o solo paliativa. Agentes experimentales (SAME, betaína) no ofrecen beneficios probados. El trasplante hepático precoz es la única

intervención con impacto en sobrevida, aunque frecuentemente inaccesible.

Este caso refleja los límites del tratamiento convencional y la necesidad de acceso a trasplante en pacientes seleccionados con HAA cortico-refractaria, proponiéndolo no como excepción, sino como estándar terapéutico.

**PALABRAS
CLAVE**

Hepatitis, Acoholic; Glucocorticoids; Liver Transplantation

TÍTULO DEL TRABAJO HEPATITIS AUTOINMUNE EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE POLINEUROPATÍA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA CRÓNICA: REPORTE DE CASO CLÍNICO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Bendek Venegas Carolina (1)

CO-AUTORES Crespo Mendoza María (2)
Carrera Flores Florencia (3)

AFILIACIÓN (1) Médico EDF, CESFAM Cunaco, Nancagua (2) Médico cirujano, CESFAM Lo Franco, Santiago (3) Médico EDF, CESFAM Las Américas, Talca

INTRODUCCIÓN La hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad hepática inflamatoria crónica, de causa inmunológica, caracterizada por infiltrado linfoplasmocitario y presencia de autoanticuerpos. Puede progresar a cirrosis si no se diagnostica y trata oportunamente. La coexistencia con otras enfermedades autoinmunes ha sido documentada, sin embargo, su asociación con la polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP) es poco frecuente. Se presenta este caso clínico por su valor diagnóstico y seguimiento desde atención secundaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina de 45 años, con antecedentes de CIDP, hipertensión arterial, asma, síndrome nefrótico en estudio, dislipidemia mixta y tratamiento crónico con prednisona. Consultó por cuadro de 6 semanas de evolución caracterizado por dolor abdominal, ictericia, acolia, anuria, náuseas y vómitos. Al examen físico destacaban mucosas ictéricas, abdomen distendido y signo de Murphy positivo. Fue hospitalizada

inicialmente por sospecha de colangitis, sin hallazgos quirúrgicos en imágenes. Fue trasladada a medicina, donde se completó el estudio con inmunología y biopsia hepática, que mostró esteatohepatitis periportal microvesicular con infiltrado mononuclear y daño de placa limitante, compatible con HAI tipo 1. Laboratorio mostró: Bilirrubina total 20.5 mg/dL, Inmunoglobulina G (IgG) 2580 mg/dL, Anticuerpos antinucleares (ANA) 1/320, Anti-músculo liso 1/400. Se inició tratamiento con prednisona y azatioprina, pero esta última fue suspendida por caída de cabello, iniciándose micofenolato. En controles ambulatorios mostró mejoría clínica progresiva con normalización bioquímica. Actualmente continúa seguimiento en gastroenterología, con buena respuesta inmunológica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La HAI puede presentarse con síntomas inespecíficos que dificultan su diagnóstico, especialmente en pacientes con comorbilidades múltiples. La coexistencia con enfermedades neurológicas autoinmunes, como CIDP, es poco reportada, pero debe considerarse dentro del espectro inmunológico del paciente. El uso de biopsia hepática y autoanticuerpos fue clave para el diagnóstico. El caso evidencia la importancia de la sospecha oportuna, la derivación precoz, el monitoreo multidisciplinario y el rol del seguimiento estrecho desde atención secundaria.

PALABRAS CLAVE Hepatitis autoinmune, Ictericia, Inmunosupresores, Polineuropatías

TÍTULO DEL TRABAJO HERNIA DE PETERSEN COMO COMPLICACIÓN POSTQUIRÚRGICA TARDÍA DE UN BYPASS GÁSTRICO - A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA d) Cirugía

AUTOR Olivares Trujillo Mirta (1)

CO-AUTORES Gutiérrez Parada Sofía (1)
Moreno Castro Angela (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital San Agustín, Collipulli. (2) Médico General de Zona, CESFAM Los Cerros, Talcahuano.

INTRODUCCIÓN Las hernias internas son una complicación infrecuente (incidencia: 0,8-5%), que puede ocurrir tras el bypass gástrico en Y de Roux, especialmente en abordajes laparoscópicos. Pueden producirse en: el defecto mesentérico de la anastomosis distal yeyuno-yeyunal, la ventana mesocólica transversa y el espacio de Petersen. En este último, las asas intestinales protruyen entre el asa alimentaria y el mesocolon transverso. El siguiente caso clínico evidencia cómo el diagnóstico precoz es fundamental para prevenir complicaciones graves (perforación intestinal y peritonitis).

PRESENTACIÓN DEL CASO Mujer de 49 años, con antecedentes de hipotiroidismo, bypass gástrico (hace 2 años) y colecistectomía. Consultó en urgencias por epigastralgia de 6 horas de evolución, irradiada a dorso. Presentaba abdomen blando sensible en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. Se administró analgesia, presentando mejoría clínica, por lo que fue dada de alta. Reconsultó al día siguiente por intensificación del dolor y vómitos alimentarios. Se encontraba bradicárdica, normotensa y afebril, con epigastralgia, blumberg dudoso. Fue derivada al hospital de referencia, donde se indicó tomografía computarizada (TAC) abdominal contrastada que evidenció hernia de Petersen con abundante líquido libre, compatible con perforación intestinal. Se realizó laparoscopia exploradora y, posteriormente, laparotomía con reducción de hernia, cierre del espacio, enterorrafia, aseo peritoneal e instalación de drenaje. Se indicó tratamiento antibiótico con ceftriaxona y metronidazol por diez días.

Evolucionó favorablemente y fue dada de alta con seguimiento en centro terciario.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Las hernias internas son una complicación rara pero grave tras el bypass gástrico, más frecuentes en cirugías laparoscópicas. La pérdida de peso y el cierre incompleto de defectos mesentéricos son factores que aumentan el riesgo. El diagnóstico y cirugía precoz son esenciales para evitar complicaciones. Las técnicas tradicionales de cierre del espacio de Petersen y el uso de mallas bioabsorbibles podrían reducir su incidencia. Se debe mantener un alto índice de sospecha en pacientes bariátricos con dolor abdominal.

PALABRAS CLAVE Cirugía General, Hernia, Peritonitis

TÍTULO DEL TRABAJO HERNIA EPIGÁSTRICA CON CONTENIDO GÁSTRICO EN ADULTO MAYOR:

CLASE CASO CLÍNICO

CATEGORÍA d) CIRUGÍA

AUTOR Moreno Hernández Monserrat (1)

CO-AUTORES Pérez Vergara Paulina (2), Palavecino Morales Catalina (2), Constanzo Ramírez Lucas (2).

AFILIACIÓN (1) Médico Cirujano, EDF CESFAM Violeta Parra, Chillán.
(2) Interna de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán.

INTRODUCCIÓN Las hernias de la pared abdominal se clasifican según su ubicación en hernias ventrales (10-15%), inguinales (80-85%), pélvicas (1%) y lumbares (1,5%). Un 75% de las hernias ventrales son primarias; localizadas en la pared abdominal anterior, y distintas a las hernias incisionales y paraestomales. Estas se clasifican en hernias epigástricas (HE), umbilicales y de Spiegel. Las HE representan solo un 1,6 - 3,6% de todas las hernias de pared abdominal. Los factores de riesgo de las HE se relacionan con el aumento de presión intraabdominal (esfuerzo físico, tos, obesidad) y el debilitamiento de la pared abdominal (edad avanzada, tabaquismo, uso crónico de esteroides, diabetes), y son más frecuentes en hombres de mediana edad.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 92 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial y Colectomía. Acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso, vómitos alimentarios persistentes y ausencia de deposiciones de 3 días de evolución. Al examen físico se constató pequeño aumento de volumen en región epigástrica, sin relación a cicatriz operatoria. Los exámenes de laboratorio no mostraron alteraciones significativas. En la tomografía computarizada de abdomen contrastada se evidenció hernia epigástrica con contenido adiposo y retracción de cámara gástrica. Por la edad y contexto psicosocial de la paciente, los familiares rechazaron alternativa quirúrgica de tratamiento, por lo que se decidió manejo conservador evaluando la tolerancia alimentaria por vía oral.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Las HE son infrecuentes en adultos mayores y por lo general su contenido constituye solo epiplón y raramente intestino. Su presentación clínica suele caracterizarse por la presencia de una masa pequeña, sin otros síntomas asociados. El contenido gástrico de las HE y su sintomatología asociada es muy poco frecuente, pero es importante de considerar como diagnóstico diferencial en adultos mayores, quienes suelen mostrar presentaciones clínicas inespecíficas y distintas a las de la población más joven.
PALABRAS CLAVE	Dolor abdominal, Hernia, Hernia epigástrica, Hernia ventral.
TÍTULO DEL TRABAJO	HERNIA INGUINAL GIGANTE Y TIEMPOS DE ESPERA. A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Henriquez Hernández Daniela (1)
CO-AUTORES	Vives Cárcamo Laura (2), Neira Ribes Pedro (2), Bergmann Almonacid Felipe (3), Bittner Solis John (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Loncoche, Loncoche (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr Manuel Ferreira Guzmán, Ancud (3) Interno de Medicina CESFAM Dr Manuel Ferreira Guzmán, Universidad San Sebastián, Sede Puerto Montt

INTRODUCCIÓN Hernia inguinal (HI) es una patología frecuente en adultos, caracterizada por la salida de contenido abdominal a través de un punto débil en la pared inferior. Cuando la pérdida de domicilio es prolongada, especialmente en hernias masivas que sobrepasan el muslo, puede dificultar su reparación y provocar complicaciones como insuficiencia cardíaca.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 64 años con historia de 10 años de aumento de volumen en la zona inguinoescrotal bilateral, consulta por disnea a mínimos esfuerzos y edema en miembros inferiores. Al examen físico presenta hernia supraumbilical de 20x15 cm con contenido subcutáneo, sin ruidos hidroaéreos, depresible, sin posibilidad de palpar el hígado. En región inguinal se observa HI derecha de 50 cm e izquierda de 30 cm, ambas con contenido intestinal. Genitales ocultos por la hernia. Se solicita radiografía de tórax y abdomen que muestra diafragma aplanado, cardiomegalia y ausencia de burbuja gástrica a pesar de estar en posición de pie. No se observan asas intestinales en abdomen, ya que se encuentran en la HI masiva bilateral. Una tomografía de 2021 revela contenido colónico en la HIE derecha y de intestino delgado y colon en la izquierda. Se había solicitado resolución quirúrgica desde entonces. El paciente ha sido manejado parcialmente con furosemida 40 mg/día. Ecocardiograma de 2023 con dilatación severa de aurícula izquierda, en comparación con uno de 2020 que indicaba dilatación leve, evidenciando que el retraso quirúrgico ha agravado su condición. Se solicita consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La HI afecta la calidad de vida, limita la autonomía, dificulta la micción y puede causar dermatitis local. Complicaciones como la obstrucción intestinal pueden ser mortales. Por ello, la cirugía temprana es fundamental para evitar desenlaces graves.

PALABRAS CLAVE Hernia inguinal, tomografía, insuficiencia cardíaca

TÍTULO DEL TRABAJO HERPES ZOSTER OFTÁLMICO SIN ERUPCIÓN HERPÉTICA, PRESENTACIÓN ATÍPICA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL IMPORTANTE A CONSIDERAR EN CEFALEAS, REPORTE DE CASO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA h) Especialidades (Oftalmología)

AUTOR Saavedra Galaz Diego (1)

CO-AUTORES Becerra Hernández Carolina (2), Reyes Guerra Javiera (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Dr. José Durán Trujillo, San Carlos
(2) Médico General de Zona, Hospital de Quellón, Quellón
(3) Médico General de Zona, Posta de Salud Rural Isla Chelín, Castro

INTRODUCCIÓN El herpes zóster oftálmico es una reactivación del virus varicela zóster que afecta la rama oftálmica del nervio trigémino. Se puede presentar clínicamente con dolor ocular, erupción vesicular herpética facial, fotofobia, cefalea unilateral, visión borrosa, entre otros. Rara vez se produce sin las lesiones herpéticas, lo que se conoce como “zoster sine herpette”. Su diagnóstico precoz evita complicaciones graves, dentro de las cuales se encuentran la queratitis, uveítis, ceguera unilateral, escleritis, entre otras. Se presenta caso para aumentar consideración diagnóstica de esta cefalea atípica.

PRESENTACIÓN DEL CASO Usuario de 84 años consultó en 3 oportunidades en el servicio de urgencias de un hospital público por cefalea hemicránea derecha de 10 días de evolución que afectaba la región ocular ipsilateral asociado a fotofobia y astenia, sin alteración de agudeza visual, sin ojo rojo, sin lesiones vesiculares herpéticas en la región facial. Se realizó Tomografía computada cerebral que no detectó hallazgos intracraneanos de carácter agudo. Egresó desde el servicio de urgencias con diagnóstico de cefalea tipo migraña. Usuario consultó posteriormente con Oftalmólogo que diagnosticó Herpes zóster oftálmico y le indicó Aciclovir 400 mg, 5 veces al día por 14 días y Tobramicina/Dexametasona, 1 gota cada 8 horas por 1 semana en el ojo derecho. Después de 1 mes, consultó con Médico de su centro asistencial el que evidenció mejoría clínica evidente, sin cefalea, sin presencia de lesiones vesiculares.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES En este caso el usuario consultó en 3 oportunidades en el servicio de urgencias y no presentó lesiones vesiculares características de la infección por virus varicela zóster, lo que aumenta la dificultad en el diagnóstico y lo confunde con otros diagnósticos diferenciales de cefalea más frecuentes, por lo que resulta esencial considerar el herpes zóster oftálmico dentro de los diagnósticos diferenciales de cefalea, ya que posee complicaciones graves que generan secuelas funcionales importantes en la pesquisa tardía.

PALABRAS CLAVE Virus herpes zóster, Virus Herpes zóster ocular, Virus Varicela Zóster

TÍTULO DEL TRABAJO "HIDATIDOSIS ABDOMINAL MÚLTIPLE CON PERFORACIÓN INTESTINAL: DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO:"

CLASE d) Cirugía

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Petermann Toledo Daniela (1)

CO-AUTORES Cruz Gallardo Carmen (2), Schilling von Dessauer Maximilian (3)

AFILIACIÓN (1) Médico EDF, PSR Villa Amengual, Dirección Salud Rural, Lago Verde. Servicio de Salud Aysén.
(2) Médico EDF, Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez, Chile Chico. Servicio de Salud Aysén.
(3) Médico EDF, PSR Puerto Guadal, Hospital Lord Cochrane, Cochrane. Servicio de Salud Aysén.

INTRODUCCIÓN La hidatidosis es una zoonosis causada por larvas del género Echinococcus . En Chile, la incidencia estimada es de 2-2,2 casos por cada 100.000 habitantes, sin embargo, en Aysén es hasta 19 veces mayor, atribuible a la alta población ovina y canina, y condiciones ambientales propicias para el ciclo parásito. Su localización más frecuente es hepática (60%), con síntomas que van desde hepatomegalia y masa palpable hasta dispepsia y distensión abdominal. En casos de ruptura del quiste, puede presentarse anafilaxia .

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina de 31 años, antecedente de hipotiroidismo, consultó por reacciones alérgicas recurrentes severas (urticaria, angioedema y anafilaxia). Paralelamente, estaba en estudio por epigastralgia y algia pélvica de un año de evolución, con pirosis, emesis, distensión abdominal y constipación. El examen físico reveló una gran masa en el hemiabdomen derecho, sensible a la palpación. La tomografía evidenció múltiples quistes hidatídicos en hígado (12,7 cm), bazo (9,9 cm y 3 cm) y anexial derecho (15 cm), junto con eosinofilia. Se indicó albendazol 200 mg cada 12 horas y cirugía abierta. No obstante, la paciente presentó perforación intestinal, requiriendo intervención quirúrgica de urgencia con hemicolectomía derecha, omentectomía y quistectomía pélvica, con una

recuperación postquirúrgica favorable, a la espera de resolución de los quistes hepático y esplénico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El caso presentado evidencia una hidatidosis multivisceral severa en una paciente joven, con evolución complicada. Esta presentación poco frecuente destaca la importancia de la sospecha diagnóstica precoz en zonas endémicas como Aysén. La evolución complicada resalta la necesidad del diagnóstico y tratamiento oportuno. Su abordaje efectivo requiere educación sanitaria, control de vectores y pesquisa precoz. Se propone fortalecer la pesquisa activa mediante operativos ecográficos que permitan identificar quistes en etapas iniciales. Asimismo, es fundamental asegurar el tratamiento multidisciplinario (quirúrgico y farmacológico) promoviendo así una detección temprana y tratamiento oportuno.

PALABRAS CLAVE Palabras clave: Echinococcus, Hidatidosis, Quiste Hidatídico.



TÍTULO DEL TRABAJO	HIDATIDOSIS PERITONEAL COMO CAUSA RARA DE DOLOR ABDOMINAL ABDOMINAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO DE LA ARAUCANÍA, REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico.
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía Infantil
AUTOR	Venegas Poblete Carlos (1)
CO-AUTORES	Ceballos Ceballos Vanessa(2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, DSM Freire, Freire. (2) Cirujano Pediátrico, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.
INTRODUCCIÓN	La hidatidosis en Chile es una enfermedad endémica producida por el <i>Echinococcus granulosus</i> . El Instituto de Salud Pública, entre 2011 y 2021, registró 109 casos en La Araucanía, 5% del total nacional y apenas un 13% en menores de 15 años. Su localización más frecuente en pediatría es pulmonar (50-70%). En este reporte se presenta diagnóstico y manejo de paciente de 9 años con un quiste hidatídico peritoneal, patología muy infrecuente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 9 años de Lonquimay, deportista, sin antecedentes, con dolor abdominal difuso relacionado al ejercicio de 2 meses de evolución. Al examen físico se palpó voluminosa masa abdominal de aproximadamente 20 centímetros en cuadrante inferior derecho. Exámenes de laboratorio resultaron normales y ecografía describió voluminosa lesión quística abdominopélvica supravesical sospechosa de malformación linfática. Scanner contrastado de abdomen y pelvis informó lesión quística abdominopélvica con múltiples diagnósticos diferenciales, sin descartar hidatidosis peritoneal y lesión hepática derecha inespecífica, posiblemente residual. Se solicitó serología de hidatidosis que resultó positiva. Se inició albendazol previo a laparoscopia que evidenció gran quiste adherido a estructuras vasculares y vejiga, logrando resección completa sin incidentes. La biopsia confirmó hidatidosis. Completó 90 días de albendazol con buena recuperación postoperatoria, quedando en seguimiento por infectología. Actualmente lleva una vida normal.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La hidatidosis peritoneal es una entidad rara que suele generarse por ruptura de un quiste hepático o siembra de líquido al operarlo, siendo la

primera situación la más frecuente y probable en nuestro paciente. No se dispone de prevalencia exacta de esta localización en pacientes pediátricos, sin embargo, estudios chilenos lo cifran en hasta 13% de los casos en adultos. A pesar de ser poco frecuente, en este contexto epidemiológico, la sospecha debe ser alta, considerando que los niños tienen riesgo de ruptura secundaria a accidentes o el deporte, algo altamente posible en este caso.

**PALABRAS
CLAVE**

Equinococosis, Quiste hidatídico, Dolor abdominal.

**TÍTULO
DEL TRABAJO**

DEL HIDROCEFALIA SECUNDARIA A QUISTE COLOIDE: LA IMPORTANCIA DE ESTUDIAR CEFALÉAS CON SIGNOS DE ALARMA. REPORTE DE CASO:

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA

g) Neurología

AUTOR

Crespo Mendoza María (1)

CO-AUTORES

Garrido Tapia Sebastián (2), Espinoza Tillería María (3), Ricouz Ricouz Bárbara (4)

AFILIACIÓN

(1) Médico cirujano, CESFAM Lo Franco, Santiago.
(2) Médico General de Zona, CESFAM de Quellón, Quellón.
(3) Médica cirujana, unidad de Neurología Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago.
(4) Médico cirujano, SAR Yazigi, Santiago.

INTRODUCCIÓN

Los quistes coloides son lesiones congénitas benignas de baja prevalencia, que se localizan principalmente en la región anterosuperior del tercer ventrículo cerebral. La complicación más significativa es la obstrucción del agujero de Monro, lo que puede ocasionar hidrocefalia obstructiva, con síntomas de hipertensión intracraneal (HIC), como cefalea, náuseas, alteración visual, e incluso muerte súbita. La resonancia magnética nuclear (RMN) es la herramienta más precisa para su diagnóstico. El tratamiento puede variar desde manejo conservador hasta intervención quirúrgica. Este cuadro clínico representa un desafío diagnóstico considerable, ya que puede presentarse tanto en el ámbito

ambulatorio como en servicios de urgencia, dependiendo de la gravedad del cuadro.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 41 años, sin antecedentes mórbidos, con episodios de cefalea frontal leve con adecuada respuesta a analgésicos, que comenzaron hace 2 años; consultó por cuadro de 3 días de cefalea frontal opresiva, no ictal, alcanzando una intensidad 9/10, sin respuesta a fármacos, asociado a náuseas y fotofobia. El examen físico y laboratorio fueron normales. La RMN cerebral con gadolinio evidenció “Quiste coloide del Tercer ventrículo. Hidrocefalia obstructiva”. Se optó por la derivación ventriculoperitoneal, sin complicaciones, con posterior reversión sintomática y alta médica. Se obtuvo consentimiento informado para la publicación.		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Los quistes coloides suelen manifestarse con síntomas inespecíficos, lo que dificulta su detección clínica temprana. Su diagnóstico se establece con mayor frecuencia en presencia de HIC. La cefalea con banderas rojas – como el cambio de patrón o la falta de respuesta a analgésicos - juega un rol fundamental en la detección temprana de esta patología, representando un desafío diagnóstico para el equipo de atención primaria. El abordaje terapéutico quirúrgico es indispensable con síntomas de HIC. Su presentación en paciente joven, y su carácter tratable, hace relevante identificarlo y derivarlo temprano, con el fin de asegurar una intervención oportuna y prevenir desenlaces potencialmente graves.		
PALABRAS CLAVE	Hidrocefalia, Hipertensión intracraneal, Quiste coloide		
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL ENFRENTAMIENTO DE UN HIPOTIROIDISMO REFRACTARIO, A PROPÓSITO DE UN CASO:		
CLASE	Caso Clínico		
CATEGORÍA	b) Medicina Interna		
AUTOR	Rojas Espejo Florencia (1)		
CO-AUTORES	Vásquez	Caroca	Emiliano (2)
	Vargas De Los Reyes Ignacio (3)		
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, CESFAM Doctor Fernando Maffioletti, Santiago (2) Médico General de Zona, CESFAM Pablo de Rokha, Santiago (3) Médico General de Zona, CESFAM Malaquias Concha, Santiago		

INTRODUCCIÓN El hipotiroidismo refractario (HR) se define como la persistencia de síntomas clínicos y alteraciones bioquímicas, a pesar del uso de Levotiroxina en dosis superiores a 2,5 µg/kg/día. Su abordaje requiere una evaluación sistemática que incluya descartar falla en la alimentarias.

PRESENTACIÓN DEL CASO Se presenta el caso de una paciente de 54 años con antecedente de tiroidectomía total (2016), dislipidemia mixta e infarto agudo al miocardio (2022), quien evolucionó con hipotiroidismo de difícil manejo, requiriendo precozmente Levotiroxina oral a dosis de 400 µg/día. A pesar de una adherencia adecuada, persistieron niveles de TSH sobre 50 µUI/ML. Derivada a nivel secundario, en donde se estudia malabsorción descartándose presencia de enfermedad celíaca. En 2018 se inicia tratamiento con Levotiroxina intramuscular (200 µg tres veces por semana), observándose mejoría clínica con una leve respuesta bioquímica, y también se intentaron otras vías (intrarectal, intravaginal) sin éxito. Se hospitaliza para evaluar respuesta a Liotironina oral (100 µg), evidenciándose excelente absorción (T3 aumentó de 58 a 401 ng/dL en 24 horas), sin embargo, la paciente desarrolló mala tolerancia digestiva, lo que obligó a suspender el tratamiento. Actualmente dado ausencia de disponibilidad de tratamiento parenteral, persiste sintomática, con signos de hipotiroidismo descompensado y mala tolerancia oral a 400 µg/día de Levotiroxina al día, incluso con estrategias como fraccionamiento de la dosis o modificación de la forma de administración. Se plantea iniciar tratamiento endovenoso como alternativa.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El HR, aunque poco frecuente, representa un desafío clínico que exige un enfoque individualizado. El uso crónico de macrodosis se asocia a efectos adversos importantes, por lo que es clave explorar otras vías terapéuticas para optimizar la respuesta y mejorar la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE Hipotiroidismo, Hipotiroidismo refractario, Levotiroxina

TÍTULO DEL TRABAJO HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO BILATERAL ESPONTÁNEO EN PACIENTE DE 71 AÑOS, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA H) Especialidades (Neurocirugía)

AUTOR	De Oliveira Gardella Rodrigo (1)			
CO-AUTORES	Moya	Alvarez	Rafael	(1)
	Vera	Orellana	Hector	(1)
	Ortiz Lara Oscar (2)			
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Mario Sánchez Vergara, La Calera (2) Médico General de Zona, San Agustín de La Ligua, La Ligua			
INTRODUCCIÓN	El hematoma subdural crónico (HSC) suele asociarse a traumatismo craneal en pacientes de edad avanzada. Sin embargo, la presentación bilateral espontánea es infrecuente y puede confundirse con cuadros de deterioro cognitivo o accidentes cerebrovasculares (ACV). La sospecha clínica es clave, dado que el tratamiento oportuno puede revertir completamente los síntomas.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 71 años, sin antecedentes de trauma reciente, consulta por cefalea progresiva, alteraciones de la marcha y somnolencia en las últimas dos semanas. Su familia refiere desorientación ocasional y lentitud cognitiva. En el examen neurológico se observa respuesta verbal lenta, hemiparesia leve derecha y signo de Babinski ipsilateral. Signos vitales normales. Se realiza tomografía axial computarizada de cráneo, evidenciando hematomas subdurales crónicos bilaterales con efecto de masa leve, sin herniación. Se indica evacuación quirúrgica mediante craneotomía bilateral con buena evolución clínica. Al tercer día postoperatorio recupera el estado basal sin déficit neurológico. Se descarta coagulopatía y uso de anticoagulantes. Estudios de seguimiento no revelan recurrencia.			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El HSC bilateral espontáneo es una condición extremadamente rara, especialmente en ausencia de trauma, coagulopatías o uso de anticoagulantes. La edad avanzada es un factor de riesgo por la atrofia cerebral, que predispone al desgarramiento de las venas puente. La presentación clínica puede ser inespecífica y confundirse con demencia de inicio agudo o ACV, lo que retrasa el diagnóstico. La tomografía sigue siendo el pilar diagnóstico y la evacuación quirúrgica ofrece excelente pronóstico. Este caso enfatiza la necesidad de incluir el HSC en el diagnóstico diferencial de pacientes mayores con deterioro neurológico subagudo.			
PALABRAS CLAVE	Adulto Mayor, Cefalea, Disfunción Cognitiva, Hematoma Subdural Crónico			

TÍTULO DEL TRABAJO	HALLAZGO DE HIDRONEFROSIS EN ULTRASONIDO COMO TAMIZAJE EN INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC).
CATEGORÍA	C) PEDIATRIA Y CIRUGIA INFANTIL.
AUTOR	Osorio Lorca Tomás (1).
CO-AUTORES	Marambio Jaña Patricio (2), Torres Rojas Ángel (2).
AFILIACIÓN	(1) Médico General de zona, Hospital de Salamanca, Salamanca. (2) Médico General de zona, CESFAM Dr. Norman Voullieme, Cerrillos.
INTRODUCCIÓN	Las infecciones del tracto urinario (ITU) se presentan hasta un 10% en niñas y 3% en niños antes de los 7 años. Una causa secundaria subyacente de ITU recurrente es el reflujo vesicoureteral (RVU), definido como flujo retrógrado de orina acumulado en la vejiga hacia el cálice renal o dentro del riñón, en uno o ambos uréteres tanto por inmadurez del mecanismo preventivo del reflujo como por anomalías anatómicas-funcionales. Las ITU bajas son recurrentes cuando se producen 3 o más episodios en un año. Presentamos el caso de paciente pediátrica en donde el tamizaje de ITU recurrente permitió sospechar RVU y guiar estudio.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Pre-escolar de 4 años con antecedentes de constipación, recién nacido de término 38 semanas sin complicaciones perinatales, con dos episodios de infección urinaria previos en el año consultó en agosto 2023 por dos semanas de disuria poliaquiuria e hipogastralgia, estudio de orina previo positivo para Proteus Mirabilis. Al examen físico ciclo vital estable con dolor al palpar abdomen bajo, sin puño percusión, genitales indemnes. Por episodios de infección urinaria recurrente se realiza ultrasonido clínico como tamizaje en atención de urgencias, descrito "(...) en riñón izquierdo con hidronefrosis y cálice central anecoico sin captación al doppler, contralateral sin hidronefrosis ni cambios en sistema calicial". Familia continúa estudio extra sistema, siendo diagnosticado con hidronefrosis moderada a causa de RVU leve con defecto asociado del cierre del tubo neural.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El ultrasonido es un método poco invasivo, no irradiante, reproducible y a la cama del paciente, por lo que presenta ventajas importantes en la atención primaria y en servicios de urgencia. Lo descrito en el caso clínico recuerda la utilidad y necesidad de instruir el uso de ultrasonido en

pregrado y en todas las áreas de la medicina incluida la pediatría, para obtener mejores resultados clínicos

PALABRAS CLAVE Hidronefrosis, Infecciones urinarias, Reflujo vesicoureteral, Ultrasonido.

TÍTULO DEL TRABAJO HERNIA PULMONAR POR FRACTURA COSTAL ESPONTÁNEA SECUNDARIA A TOS, NO TODAS LAS HERNIAS SON ABDOMINALES. A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA d) Cirugía

AUTOR Limidoro Pérez Benjamín (1)

CO-AUTORES Olguín Aravena Cristóbal (2), Podlech Merino Antonio (3)

AFILIACIÓN (1) Médico general de Zona, CESFAM Quebrada Verde, Valparaíso (2) Médico general de Zona, CESFAM Quebrada Verde, Valparaíso (3) Médico general de Zona, CESFAM Victoria, Victoria

INTRODUCCIÓN La hernia pulmonar es una condición infrecuente donde pulmón y pleura protruyen por la pared torácica, mediastino o diafragma. Se clasifican en congénitas o adquiridas; estas últimas pueden ser traumáticas, patológicas o espontáneas, siendo más frecuentes en pacientes obesos y con debilidad de la pared torácica. A continuación, se presenta un caso de paciente con múltiples comorbilidades que presenta disnea, dolor en parrilla costal y respiración paradojal, con demora en su diagnóstico definitivo.

PRESENTACIÓN DEL CASO Se trata de paciente femenino de 58 años con obesidad mórbida, diabetes tipo II, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipotiroidismo. Consulta por dolor agudo costal izquierdo tras episodio de tos paroxístico, asociado a disnea y crépito óseo en séptima costilla. Inicialmente se diagnostica neumonía derecha por hallazgos en tomografía computada, se inicia tratamiento antibiótico. Reconsulta a los 6 días indicando analgesia y nueva radiografía de tórax. A los 3 meses, persisten síntomas, al examen físico destaca presencia de respiración paradojal, además acude con radiografía de tórax que muestra fractura costal de la 6°-8° costilla izquierdas con herniación pulmonar. Se deriva a servicio de urgencia, donde descartan diagnóstico e inician manejo como insuficiencia cardiaca descompensada, con buena respuesta inicial

asociado a analgesia. Finalmente, se confirma diagnóstico de hernia pulmonar con tórax paradójico, se realiza tratamiento con toracoplastia posterior a lo que presenta complicaciones postoperatorias, y se decide continuar tratamiento médico conservador y seguimiento. Posteriormente, se solicita consentimiento informado en domicilio de paciente para presentación de caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso ilustra la dificultad diagnóstica de la hernia pulmonar debido a su baja incidencia y su presencia en pacientes con múltiples comorbilidades, destacando la importancia de un diagnóstico oportuno y un tratamiento adaptado a cada paciente, considerando opciones conservadoras cuando la cirugía presente complicaciones potenciales.

PALABRAS CLAVE Costilla, Disnea, Fractura, Hernia, Tórax paradójico.

TÍTULO DEL TRABAJO DEL HIDATIDOSIS, REALIDAD ECOGRÁFICA DE UNA POSTA RURAL EN AYSÉN:

CLASE Trabajo de Investigación

CATEGORÍA h) Imagenología

AUTOR Schilling von Dessauer, Maximilian(1)

CO-AUTORES Cruz Gallardo, Carmen (2), Petermann Toledo, Daniela(3)

AFILIACIÓN 1: Médico EDF Residente PSR Puerto Guadal, Hospital Lord Cochrane, Cochrane. Servicio de Salud Aysén
2: Médico EDF Hospital Leopoldo Ortega Rodríguez, Chile Chico. Servicio de Salud Aysén 3: Médico EDF Residente PSR Villa Amengual, Dirección Salud Rural, Lago Verde. Servicio de Salud Aysén

INTRODUCCIÓN La hidatidosis tiene una incidencia de 1,741 por cada 100.000 habitantes; siendo Aysén la con mayor tasa de incidencia acumulada, con 37.27 casos por 100.000 habitantes¹, siendo el Gold standard para el diagnóstico de la hidatidosis hepática, la ultrasonografía². Durante un periodo de 4 años, se recopilan antecedentes de ecografías y ecoscopias hepáticas realizadas en PSR Puerto Guadal y se revisan sus resultados. Objetivos: Identificar localmente resultados compatibles con

hidatidosis a la ultrasonografía de la población rural correspondiente de la PSR Puerto Guadal.

MATERIALES Y MÉTODOS Criterios de inclusión: Imágenes ecográficas de una ecografía abdominal formal o también de ecoscopias hepáticas. Realizadas por médico EDF posterior a capacitación de ultrasonografía abdominopélvica en el Hospital Dr. Sotero del Río. Se revisan todas las ecografías abdominales y 3 ecoscopias hepáticas realizadas localmente; se identifican las cuales tienen un resultado anormal; y se evalúa según criterios ultrasonográficos,^{3,4,5} las cuales son compatibles con hidatidosis. Todos los casos con resultados alterados fueron derivados oportunamente según sospecha.

RESULTADOS De un total de 88 estudios, desagregado en 85 ecografías y 3 ecoscopias hepáticas, se identificaron siete resultados compatibles con lesiones quísticas hidatídicas. Dentro de los mismos; tres de ellos con características ecográficas tipo hialino (CE 1), uno multivesicular (CE 2), uno heterogéneo (CE 4) y dos calcificados (CE 5).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN De un universo local de 728 habitantes inscritos, con ultrasonografías realizadas al 11.68%, presenta una prevalencia del 1% de la población. Dentro de los resultados ecográficos, cuatro se encontraban en fase activa y tres en fase inactiva de los quistes. Considerando las imágenes ultrasonográficas totales, se detecta una prevalencia de 7,95%. Esta baja prevalencia se puede deber a un subdiagnóstico dentro de la pesquisa ecográfica, o también a las características de la población local que no se considera extrema ruralidad. Cabe mencionar que el SAG junto a SEREMI tiene implementado una estrategia de entrega de antiparasitarios sin costo para los perros de los habitantes de la comuna.

PALABRAS CLAVE Equinocosis hepática, Hidatidosis, Ultrasonografía.

TÍTULO DEL TRABAJO HIPOPOTASEMIA SECUNDARIA AL USO DE PIPERACILINA/TAZOBACTAM, REPORTE DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Basáez Bersezio Cristóbal (1)

CO-AUTORES	Fuentes Reyes Francisca (1), Aguirre Maldini Juan (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Cauquenes, Cauquenes
INTRODUCCIÓN	Se define hipopotasemia como potasemia inferior a 3.5 mEq/L. Existen múltiples causas, entre ellas, la inducida por fármacos. La frecuencia de hipopotasemia debida al uso de piperacilina/tazobactam (Tazonam) infrecuente. Sus factores de riesgo son edad avanzada, sexo femenino, mayor duración de tratamiento. Suele manifestarse en los primeros 4 días. Se reporta el caso de un paciente con hipopotasemia severa secundaria a Tazonam.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 77 años, antecedentes de accidente cerebrovascular secuelado, ingresado por neumonía adquirida en la comunidad en tratamiento antibiótico con ceftriaxona. Destaca potasemia 3.8 mEq/L al ingreso. Al 4to día de antibiótico presenta elevación de parámetros inflamatorios, por lo que se escala tratamiento a Tazonam. Al día siguiente desarrolla evento de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, por lo que se realiza estudio, evidenciando hipopotasemia en 2.4 mEq/L y alcalosis metabólica leve. Paciente normotenso, sin pérdidas gastrointestinales, acidosis ni uso de diuréticos, magnesemia normal. Kaliuria aislada 25 mmol/L. Se administra cloruro de potasio endovenoso para corrección, con respuesta parcial. Al completar 7 días de Tazonam, recupera potasemia a rango normal.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La hipopotasemia por el uso de Tazonam es infrecuente pero potencialmente mortal y grave. El mecanismo fisiopatológico sería debido a que el anillo β -lactámico con carga negativa induce la excreción de potasio e hidrogeniones a nivel renal, explicando también la alcalosis metabólica. En el presente caso se descartaron otras etiologías, identificando al Tazonam como causa. El paciente contaba con factores de riesgo como edad avanzada e hipokalemia que se manifestó en los primeros días de tratamiento, como describe la literatura. Este efecto adverso es poco conocido por el profesional médico, significando un riesgo para el paciente. Este caso clínico representa la importancia de conocer y buscar el efecto adverso.
PALABRAS CLAVE	Betalactámicos, Combinación Piperacilina y Tazobactam, Desequilibrio Hidroelectrolítico

TÍTULO TRABAJO	DEL IMPLEMENTACIÓN DE TELESALUD EN CESFAM MANUEL BUSTOS HUERTA DE QUILICURA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE SOLICITUDES ENTRE 2023 Y 2025
CLASE	Trabajo de Investigación (TI)
CATEGORÍA	f) Salud Pública
AUTOR	Vergara López Valeria (1)
CO-AUTORES	Alarcón Madriaza Javiera (2) Mendoza Burgos Tomás (3) Silva Pavez Rodrigo (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Manuel Bustos Huerta, Santiago. (2) Médico General de Zona, CESFAM Cruz Melo, Santiago. (3) Médico General de Zona, CESFAM de Puaicho, Osorno. (4) Cirujano Dentista, CESFAM Manuel Bustos Huerta, Santiago.
INTRODUCCIÓN	La Atención Primaria de Salud (APS) en Chile ha debido adaptarse a una creciente demanda asistencial. Para ello, el Ministerio de Salud impulsó la estrategia de Telesalud, reorganizando la atención mediante plataformas digitales. Desde julio de 2023, esta modalidad se implementó en el CESFAM Manuel Bustos Huerta, beneficiando a cerca de 40.000 personas. El objetivo fue describir la evolución temporal, características demográficas, motivos de consulta, tipos de resolución y tiempos de atención de las solicitudes ingresadas a Telesalud entre julio de 2023 y marzo de 2025.
MATERIALES MÉTODOS	Y Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de 7.780 registros. Se utilizaron herramientas de Microsoft Excel para calcular frecuencias, porcentajes, promedios y tendencias mensuales. Por tratarse de datos secundarios anonimizados, no se requirió evaluación ética; se cuenta con autorización del establecimiento.
RESULTADOS	Se observó un aumento sostenido de solicitudes, con un peak en marzo de 2025. El 70,1% fueron realizadas por mujeres, principalmente entre 15 y 59 años. Medicina general fue el principal motivo (68,2%), seguido de atención dental (16,7%) y ginecológica (9,4%). La resolución presencial predominó en menores de 5 años (62,8%) y mayores de 60 años (54,3%), mientras que en grupos de 6 a 60 años predominó la resolución telefónica. Además, se evidenció un aumento progresivo en la edad promedio de los usuarios y una diversificación de motivos de

consulta tras la incorporación de nuevos profesionales. El tiempo promedio de resolución fue inferior a 2 días.

DISCUSIÓN CONCLUSIÓN	Y	Telesalud ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar el acceso y la respuesta en APS, integrándose progresivamente a distintos perfiles de usuarios. A nivel nacional, ha contribuido a modernizar la atención primaria, optimizar la gestión de la demanda y ampliar la cobertura en contextos de alta presión asistencial. Persisten desafíos en alfabetización digital, difusión y equidad de acceso para maximizar su impacto.
PALABRAS CLAVE		Atención Primaria de Salud, Planificación en Salud, Triage, Salud Digital.
TÍTULO TRABAJO	DEL	IMPORTANCIA DE MANEJO PRECOZ DE TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO SEVERO:
CLASE		h) Especialidades, Urgencia
CATEGORÍA		Caso clínico (cc)
AUTOR		Estrada Samayoa Margarita (1)
CO-AUTORES		Hohf Nova Marion (1), Aguayo Alarcon Joaquin (1), Del Real Hidalgo Sebastian (2)
AFILIACIÓN		(1) Médico General de zona, Hospital San Juan de Dios Cauquenes, Servicio de Salud del Maule, Cauquenes (2) Médico General de zona, CESFAM de Putre, Servicio de Salud de Arica y Parinacota, Putre
INTRODUCCIÓN		Los accidentes de tránsito son la segunda causa de muerte en personas jóvenes. Estos generan lesiones severas como lo puede ser el traumatismo encéfalo craneano (TEC). El diagnóstico y manejo precoz es clave para un resultado favorable, especialmente cuando no se cuenta con todos los recursos necesarios como lo es en un hospital de mediana complejidad.
PRESENTACIÓN DEL CASO		Paciente masculino de 28 años, traído por Servicio de Atención Médico de Urgencia (SAMU) al Servicio de Urgencias (SU) con manejo avanzado de vía aérea, tras ser encontrado con compromiso de conciencia, escala de coma de Glasgow (GCS) 6 secundario a accidente de tránsito. Al examen destacaba anisocoria con midriasis arrefléctica a derecha y lesión en región parietal derecha. Se derivó a hospital de alta complejidad donde se tomó una tomografía computada (TC) de

cerebro, evidenciando hemorragia subaracnoidea traumática y múltiples focos contusivos hemorrágicos. Evaluado por neurocirujano, indicando craniectomía descompresiva de urgencia. Paciente con buena evolución, manejado con medidas de neuroprotección y neurorrehabilitación.

DISCUSIÓN	Y	Al enfrentarse a un TEC, la importancia del manejo prehospitalario radica en prevenir la hipotensión e hipoxia, para evitar injuria cerebral secundaria, recomendándole la intubación orotraqueal para protección de vía aérea en casos de GCS menor a 9, es decir, TEC severo. En el SU, el diagnóstico adecuado y precoz definirá el manejo, en el caso de un hospital de mediana complejidad es clave la decisión del traslado a un centro de mayor capacidad resolutive en forma oportuna, para realizar una TC para diagnóstico y evaluación de intervención neuroquirúrgica. El manejo precoz es clave para un buen pronóstico.
CONCLUSIONES		
PALABRAS CLAVE		Accidente, Trauma Cerebral, Hemorragia
TÍTULO DEL TRABAJO		INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO CON ARTERIAS CORONARIAS SIN LESIONES OBSTRUCTIVAS: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO:
CLASE		Caso clínico (CC)
CATEGORÍA		b) medicina interna
AUTOR		Spano Guajardo Andrea (1)
CO-AUTORES		Zamorano Arellano Daniela (2), Lobos Cifuentes Andrea (3).
AFILIACIÓN		(1) Médico EDF, Hospital de Mulchén, Mulchén. (2) Médico EDF, Hospital de Mulchén, Mulchén. (3) Médico EDF, Hospital de Mulchén, Mulchén.
INTRODUCCIÓN		En Chile, la enfermedad coronaria, y mayoritariamente el infarto agudo de miocardio (IAM), constituyen la primera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres. Con una incidencia de 84,3 casos por 100.000 habitantes. Se presenta el siguiente caso con el objetivo de visualizar causas poco frecuentes de IAM.
PRESENTACIÓN DEL CASO		Paciente 65 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia. Consulta en servicio de urgencias por compromiso del estado general y dolor abdominal de un día de evolución asociado a síntomas vasovagales, se toma electrocardiograma (ECG) ritmo sinusal. Persiste con dolor por lo que se realiza ECG de control que muestra supradesnivel de ST anterior en derivadas V2-V6. Se presenta a unidad coronaria de hospital derivador, previo a traslado cae en paro

cardiorrespiratorio, taquicardia ventricular, con recuperación circulación espontanea tras cinco ciclos de reanimación y tres ampollas de adrenalina. Ingres a hemodinamia en malas condiciones generales, apoyado con ventilación mecánica invasiva y noradrenalina. Coronariografía no evidencia lesiones coronarias significativas. Sin elevación significativa de enzimas cardiacas. Ingres a unidad coronaria. Se obtiene consentimiento informado.

DISCUSIÓN	Y	El término MINOCA (Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries) ha cobrado relevancia en el contexto de pacientes con sospecha de isquemia miocárdica y estudio coronario sin lesiones obstructivas. Dentro de las etiologías más frecuentes se describe la miocardiopatía por estrés, vasoespasma y disección coronaria. Este caso nos desafía a repensar el síndrome coronario agudo, mostrando que el daño puede ocurrir sin lesiones obstructivas, a través de mecanismos microvasculares o funcionales. Nos invita a adoptar enfoques diagnósticos más precisos y personalizados, avanzando hacia una medicina que reconozca la complejidad del corazón más allá de las arterias principales. La innovación está en entender que el corazón puede sufrir sin huellas visibles, lo que puede transformar nuestro manejo clínico y mejorar los resultados para los pacientes.			
CONCLUSIONES					
PALABRAS CLAVE		ELECTROCARDIOGRAMA, ISQUEMIA MIOCÁRDICA, MINOCA.			
TÍTULO DEL TRABAJO		INFECCIÓN CUTÁNEA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD (SAMR AC) EN UN ADOLESCENTE:			
CLASE		Caso clínico (cc)			
CATEGORÍA		c) Pediatría y Cirugía Infantil			
AUTOR		Antinao Castro Luis Sebastián Ignacio (1)			
CO-AUTORES		Castillo	Villegas	Mery	Beatriz (2)
		Guzmán	Maira	Felipe	Ignacio (2)
		Thibaut Cid Catalina (1)			
AFILIACIÓN		(1) Médico cirujano, Hospital Provincial Dr. Rafael Avaria Valenzuela de Curanilahue, Curanilahue			
		(2) Médico general de zona, Hospital Provincial Dr. Rafael Avaria Valenzuela de Curanilahue, Curanilahue			
INTRODUCCIÓN		Staphylococcus aureus es uno de los agentes más frecuentemente asociados a infecciones cutáneas, siendo a comienzos de los años 90,			

que se describió una nueva cepa meticilino resistente no relacionada a infecciones intrahospitalarias, denominado SARM-AC el cual posee características distintas a las nosocomiales, como resistencia a menos antimicrobianos, con una base genética y factores de virulencia distintos. A partir de 2006 se comunicaron los primeros casos en Chile, correspondiendo a pacientes adultos.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Adolescente de 14 años con antecedente de infección cutánea reciente tratada, consultó por lesión cutánea puntiforme en cadera izquierda de 3 días que luego evoluciona con aumento de volumen y salida de secreción purulenta asociado a fiebre. En evaluación destaca lesión ulcerada de 1 cm hasta subcutáneo en región de cresta ilíaca izquierda con salida de secreción purulenta, calor local, eritema e induración de piel circundante. Sin otras lesiones. En exámenes sin parámetros infecciosos elevados. Ecografía que describe Úlcera cutánea con compromiso epidérmico y dérmico, flegmón subcutáneo en relación con dicha úlcera, sin extensión a planos profundos. Se comenta con infectólogo infantil, a quien le impresiona podría tratarse de una infección por SAMR-AC. Se realiza tratamiento con cotrimoxazol por 14 días con buena respuesta, con resultado de cultivo de secreción de la lesión positivo para SAMR AC.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y En nuestro país las infecciones por este agente han afectado tanto a adultos como a niños, con una incidencia que aún es baja pero que va en aumento. Según reporta el ISP, en el período 2012 - 2016, se estudiaron 1079 cepas de las cuales 90,2% fueron confirmadas como SAMR.

En conclusión, consideramos importante sospechar la presencia de SAMR-AC en infecciones comunitarias, supuradas de piel y partes blandas, o cuadros recurrentes que no evolucionan favorablemente luego de iniciado un tratamiento adecuado, para así optimizar su manejo.

PALABRAS CLAVE

Staphylococcus aureus, absceso, Resistencia a la Meticilina

**TÍTULO
DEL TRABAJO**

INFERTILIDAD POR TUBERCULOSIS EN CONTEXTO DE AUTOINMUNIDAD, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO:

CLASE

Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA

e) Ginecología y Obstetricia

AUTOR

Jara Gutiérrez Valentina (1)

CO-AUTORES	Huenumán Figueroa Jara Gutiérrez Joaquín (4)	Rojas Pacheco	Cynthia Emilio	(2) (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Kallvu Llanka, Cañete. (2) Médico General de Zona, Hospital Dr. Jerónimo Méndez Arancibia, Chañaral. (3) Interno Medicina, Universidad Andrés Bello. (4) Alumno Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.			
INTRODUCCIÓN	El compromiso genital de la tuberculosis representa una forma infrecuente de tuberculosis extrapulmonar, asociada principalmente a infertilidad en mujeres jóvenes. Su diagnóstico constituye un desafío debido a la inespecificidad clínica y la baja carga bacilar en las muestras endometriales. Este caso expone una forma atípica de presentación en una paciente con patología autoinmune de base.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 39 años, con diagnóstico previo de lupus eritematoso sistémico en tratamiento farmacológico crónico, consultó por infertilidad en el contexto de un procedimiento de fecundación in vitro. Durante su estudio, en julio de 2024, se identificó un pólipo endometrial, cuya biopsia evidenció una hiperplasia glandular compleja sin atipia, además de la presencia de dos granulomas epiteloideos en el estroma. La prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para Mycobacterium tuberculosis resultó negativa. Dado el hallazgo histológico, se realizó una segunda biopsia endometrial. Esta mostró tejido fragmentado, glándulas sin alteraciones morfológicas significativas y un total de ocho granulomas epiteloideos, algunos con células gigantes multinucleadas tipo Langhans, rodeados por infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario. No se identificó necrosis caseosa. Las tinciones para bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) y la PCR para M. tuberculosis nuevamente fueron negativas. El estudio complementario descartó compromiso pulmonar. Frente al cuadro clínico, los antecedentes inmunológicos de la paciente y la morfología histológica compatible, se estableció el diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar en su forma endometrial, iniciándose terapia antituberculosa conforme a las guías clínicas vigentes.			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Y La tuberculosis endometrial es una causa poco común de infertilidad femenina, especialmente en países con baja prevalencia de TBC. Su diagnóstico se basa en hallazgos histológicos sugerentes, incluso en ausencia de baciloscopía o PCR positiva. Este caso resalta la necesidad de mantener un alto índice de sospecha, especialmente en pacientes			

inmunocomprometidas, y reafirma la importancia del abordaje integral frente a cuadros clínicos atípicos en ginecología.

PALABRAS CLAVE	Endometrio, Infertilidad, Lupus Eritematoso Sistémico, Tuberculosis
TÍTULO DEL TRABAJO	INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 COMO COADYUVANTE EN HIPONATREMIA RESISTENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Weldt Melo Catalina (1)
CO-AUTORES	Canelo Rojas Nicolás Andrés (1), Zhou Zhou Yu Ting (1), Sarras Fernandez Cristián Alejandro (1)
AFILIACIÓN	(1)Médico General de Zona, Hospital de Purranque, Purranque.
INTRODUCCIÓN	La hiponatremia es una alteración común en la práctica médica. Esta condición puede tener múltiples causas, como endocrinas, renales, farmacológicas y alteraciones en el equilibrio de líquidos (1). Una de las causas más comunes es el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH), en el cual hay una liberación excesiva de hormona antidiurética (ADH) o vasopresina (2) (4). En algunos casos, la hiponatremia asociada al SIADH puede resultar refractaria a tratamientos convencionales como la restricción hídrica o la suplementación con sodio vía oral. Recientemente, los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) han sido considerados como una opción terapéutica coadyuvante en este escenario. Su uso en casos seleccionados ha mostrado resultados promisorios, posicionándose como una alternativa en el manejo de pacientes con SIADH que no responden adecuadamente al tratamiento estándar (3).
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta el caso de un paciente masculino de 72 años con antecedente de síndrome de SIADH secundario a traumatismo encéfalo craneano (TEC), quien ingresa a la unidad de hospitalizados por presentar hiponatremia severa. A pesar de instaurarse un manejo inicial adecuado conforme a las recomendaciones para SIADH, incluyendo restricción de agua libre y suplementación oral de sodio, los niveles séricos de sodio se mantuvieron persistentemente bajos. Se realizan estudios complementarios para descartar otras causas de hiponatremia, sin hallazgos relevantes. Ante la refractariedad del cuadro, se decide incorporar iSGLT2 como tratamiento coadyuvante.

Posteriormente, se observa una normalización progresiva de los niveles de sodio plasmático, sin eventos adversos relevantes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La hiponatremia secundaria a SIADH puede ser difícil de manejar cuando no responde a medidas convencionales. En estos casos, los iSGLT2 ofrecen una opción interesante al inducir glucosuria, lo que genera una diuresis osmótica que favorece la excreción de agua libre sin pérdida significativa de electrolitos, mostrando su utilidad como tratamiento adicional en pacientes con SIADH refractario (3).

PALABRAS CLAVE Hiponatremia, SIADH, iSGLT2

TÍTULO DEL TRABAJO INSUFICIENCIA MITRAL AGUDA, SOBRE SU PRESENTACIÓN CLÍNICA Y DIFICULTAD DIAGNÓSTICA. REPORTE DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico

CATEGORÍA Medicina Interna

AUTOR Pradenas Chandia Martin (1)

CO-AUTORES Prado Saavedra Valentina (2), Toro Araya Renata (3), Marquez Tuohy Jeanne (4)

AFILIACIÓN (1), (2), (3) Médicos generales de zona Hospital Dr Rafael Avaria, Curanilahue/ (4) Medico Artículo 9 Hospital Dr Rafael Avaria, Curanilahue

INTRODUCCIÓN La insuficiencia mitral aguda, aunque poco frecuente, es una complicación grave del síndrome coronario agudo, con incidencia menor al 1% en pacientes que reciben reperfusión y aún más baja en quienes no la reciben. Su presentación clínica puede ser subaguda, caracterizándose por insuficiencia respiratoria aguda con imagenología que podría confundirse con infección u otro síndrome de ocupación alveolar. El diagnóstico temprano es crucial, ya que se trata de una emergencia médico-quirúrgica que requiere intervención valvular precoz y manejo de soporte.

PRESENTACIÓN DEL CASO Hombre de 68 años, con antecedente de hipertensión. Inicia con hipotensión, hemoptisis y disnea en reposo. Al ingresar a urgencias, se documenta desaturación grave (76% con FiO2 al 100%), mala perfusión periférica, leucocitosis de 18,100 y acidosis respiratoria. La radiografía de tórax evidencia ocupación algodonosa bilateral. Se realiza manejo avanzado de vía aérea, con salida de esputo asalmonado, sospechando hemorragia alveolar junto con probable proceso inflamatorio/infeccioso. Sube a Unidad de cuidados

intensivos. Se toma tomografía axial que no descarta proceso inflamatorio infeccioso o hemorragia alveolar difusa. Tras tres días sin mejoría, una ultrasonografía revela insuficiencia mitral aguda por ruptura de músculo papilar. El tratamiento cambia a manejo de shock cardiogénico, planificando oxigenación por membrana extracorpórea y cirugía valvular. Sin embargo, antes de estos procedimientos, el paciente desarrolla una falla orgánica múltiple y fallece.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso evidencia un diagnóstico tardío debido a la baja sospecha clínica inicial y la dependencia en estudios imagenológicos que sugerían procesos infecciosos o hemorrágicos. Resalta la necesidad de ultrasonografía por personal capacitado en pacientes con síndrome coronario agudo y disnea, aun cuando otros estudios señalan causas infecciosas o cualquier otra patología pulmonar que explique su disnea, es importante descartar complicaciones mecánicas en un paciente crítico. Un diagnóstico temprano podría haber permitido una intervención quirúrgica precoz, mejorando las posibilidades de supervivencia.
PALABRAS CLAVE	Diagnóstico precoz, Ultrasonografía, insuficiencia de la válvula mitral
TÍTULO DEL TRABAJO	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA POR ACALASIA DESCOMPENSADA, SECUNDARIA A TRAUMA TORÁCICO
CLASE	(d) Cirugía
CATEGORÍA	Caso Clínico (CC)
AUTOR	Araya Rubio Bárbara (1)
CO-AUTORES	Fuentes Dahl Gonzalo (1), López Ponce Patricio (1), Urrutia Arias Pablo (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Curanilahue
INTRODUCCIÓN	La acalasia puede manifestarse como emergencia respiratoria cuando eventos agudos (trauma, dolor) comprometen los mecanismos compensatorios que permiten el adecuado aclaramiento del contenido esofágico. Presentamos un caso donde la descompensación de ese mecanismo provocó una falla ventilatoria restrictiva por compresión mediastínica esofágica, con el objetivo de destacar la importancia de una buena anamnesis en el manejo de un trauma así como también buena analgesia.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 70 años con acalasia no intervenida, refiere historia de caída sobre superficie de cemento de 2 de evolución, resultando con 5

fracturas costales contiguas, consulta en servicio de urgencia por disnea y mecánica ventilatoria alterada. Dado antecedentes se solicita tomografía computada (TAC) que evidencia megaesófago con contenido alimenticio, fracturas costales y signos de proceso infeccioso pulmonar. Paciente revela que dado el dolor costal era imposible realizar ejercicio de tronco para poder alimentarse y respirar con normalidad. Además refiere vómitos alimenticios. Se realiza manejo con instalación de sonda nasoesofágica, analgesia con opiáceos fuertes y antibioticoterapia empírica. Evoluciona favorablemente logrando aporte nutricional de consistencia adecuada, resolución de patología pulmonar infecciosa, manejo analgésico con medicación vía oral y transdérmica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Se demuestra como una buena anamnesis sobre los antecedentes del paciente pudiese haber adelantado las posibles complicaciones de un manejo analgésico insuficiente en un paciente con fracturas costales. El trauma, seguido del dolor, inhibió maniobras compensatorias generando retención esofágica, compresión pulmonar, hipoventilación, atelectasias, vómitos y broncoaspiración. La mejoría de los parámetros respiratorios y esofágicos ese eje fisiopatológico. Este caso revela la importancia de reconocer la acalasia como factor de riesgo de insuficiencia respiratoria aguda restrictiva, por tanto, en este tipo de pacientes que no han sido operados se debe velar porque los mecanismos compensatorios que han adquirido para alimentarse puedan mantenerse estables en el tiempo.
PALABRAS CLAVE	Acalasia, insuficiencia respiratoria, trauma torácico
TÍTULO DEL TRABAJO	INTENTO SUICIDA CON PARACETAMOL, A PROPÓSITO DE UN CASO DE ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	Villarroel Rubio David (1)
CO-AUTORES	Cortés Martínez Tamara (2), Sandoval Paredes Catalina (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, CESFAM Hualpencillo, Hualpén. (2) Médico general de zona, CESFAM Francisco Labrín de Coltauco, Coltauco. (3) Interna de medicina, Universidad de Concepción
INTRODUCCIÓN	En Chile la ingesta de paracetamol o acetaminofeno con fines suicidas entre el 2019 y 2023 fue del 68.8%, con mayor incidencia en

adolescentes, probablemente por su fácil acceso. La toxicidad ocurre con ingestas agudas superiores a 150 miligramos/kilogramo (mg/kg) en niños o 7,5 gramos en mayores de 12 años. Frente a una intoxicación aguda por paracetamol, la intervención y tratamiento oportuno puede evitar la muerte. El objetivo del presente caso es evidenciar como un episodio depresivo no tratado y una adicción no visualizada, puso en riesgo una vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 18 años, sin comorbilidades. Vive solo. Estudia primer año de ingeniería civil en automatización en Concepción. Principal red de apoyo son su madre y abuelos maternos que viven en Los Ángeles. Dedicar 10 horas diarias a videojuego en el que ha gastado más de 2 millones; robó dinero de tarjeta de su abuelo y gastó dinero de su mensualidad. Últimos 6 meses con sintomatología depresiva, aislamiento social e insomnio. Sin contacto con su familia. Angustiado por su adicción al videojuego ingirió 57 comprimidos de acetaminofeno con fines suicidas. Ingresar a servicio de urgencias con vómitos y epigastralgia. Niveles plasmáticos de paracetamol 22.8 miligramos/decilitro (mg/dL); en rango de hepatotoxicidad. Se indica N-Acetil cisteína en dosis de carga calculando a 140mg/kg. Ingresar a Unidad de terapia Intensiva y a las 8 horas de ingesta tiene un Ratio Internacional normalizado (INR) de 1.37. Durante hospitalización completa 17 dosis de N-acetil cisteína, con caída de niveles plasmáticos de paracetamol a 6 mg/dL, leve alza de transaminasas y sin empeoramiento de la coagulación, INR 1.2. Evaluado por psiquiatra, con diagnóstico de depresión mayor y adicción a videojuegos. Por evolución favorable y ausencia de ideación suicida activa, se activan redes de apoyo e indican alta con apoyo familiar y tratamiento ambulatorio.

DISCUSIÓN CONCLUSIONES

Y Cuando hay una intoxicación por acetaminofeno con fines suicidas el tratamiento va enfocado primeramente en evitar la insuficiencia hepática aguda. Sin embargo, la identificación temprana de síntomas depresivos y/o de una adicción, así como la activación de redes de apoyo en un tiempo oportuno, puede prevenir el intento suicida e igualmente salvar una vida.

PALABRAS CLAVE

Acetaminofeno, Depresión, Intoxicación

TÍTULO DEL TRABAJO

DOLOR TORÁCICO SECUNDARIO A ISQUEMIA MESENTÉRICA: CUANDO EL CORAZÓN NO ES EL PROTAGONISTA.

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Jara Jara Constanza (1)
CO-AUTORES	Gallardo Saavedra Irma (1), Moreno Campusano Sebastián (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, CESFAM de Máfil, Máfil.
INTRODUCCIÓN	El dolor torácico es motivo de consulta frecuente en Urgencias, que suele asociarse a patología cardíaca. Es fundamental reconocer que no siempre tiene este origen(1) y hay que considerar diagnósticos diferenciales. En adultos mayores (AM) el dolor cardíaco suele ser atípico (2), dificultando aún más la sospecha de otras patologías. La isquemia mesentérica (IM) es una emergencia médica con alta mortalidad, caracterizada por disminución súbita del flujo sanguíneo intestinal que puede llevar a necrosis(2). El diagnóstico y tratamiento precoz son determinantes del pronóstico (3). Presenta dolor abdominal súbito e intenso(4), pero excepcionalmente puede manifestarse como dolor torácico, con pocos casos documentados en la literatura(5). Se comenta un caso con esta forma atípica de presentación.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 76 años con antecedente de hipertensión y gastrectomía total por cáncer gástrico, acudió a Urgencia Rural por 4 días de tos, mialgias, decaimiento progresivo, asociado a 1 día de dolor toracoepigástrico y disnea. Ingresó en malas condiciones generales, con hipotensión, taquicardia, desaturación e hipoglicemia. Al examen físico destacaba mala perfusión, cianosis y abdomen sensible en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. Se realizó estabilización inicial y electrocardiograma, sin signos de isquemia. Se trasladó a centro de mayor complejidad, donde el laboratorio mostró parámetros inflamatorios elevados, plaquetopenia y coagulopatía, y el Scanner describió obstrucción mecánica compatible con hernia mesentérica y signos de isquemia. Se realizó laparotomía exploradora, sin lograr estabilización hemodinámica, y el paciente falleció.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La variabilidad sintomática del dolor torácico en AM aumenta el riesgo de diagnóstico erróneo y retrasa el tratamiento adecuado, resultando en mayores tasas de morbilidad y mortalidad. El caso resalta la importancia de considerar la IM aguda dentro del diagnóstico diferencial, especialmente ante antecedentes quirúrgicos abdominales, ya que es una emergencia que requiere tratamiento precoz.
PALABRAS CLAVE	Abdomen agudo, isquemia mesentérica, dolor agudo

TÍTULO TRABAJO	DEL INTERVENCIONES PERSONALIZADAS EN PACIENTE ANALFABETO: UN ENFOQUE INTEGRAL Y MULTIDISCIPLINARIO
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	(b) Medicina Familiar
AUTOR	Yáñez González Javiera (1)
CO-AUTORES	Rojas Robles Romina (2), Moyano Porcile Isidora (2), Rojas Malhue Martin (3)
AFILIACIÓN	(1) Médica General, CESFAM Rosario Corvalán, Caldera. (2) Médica General de Zona, CESFAM Rosario Corvalán, Caldera. (3) Interno de Medicina, Universidad de Atacama, Copiapó.
INTRODUCCIÓN	La alfabetización en salud es fundamental para el manejo de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2. Las personas analfabetas enfrentan mayores dificultades para comprender indicaciones médicas, lo que afecta su adherencia al tratamiento y aumenta el riesgo de complicaciones. En adultos mayores, estas barreras impactan negativamente en su salud. La estrategia de cuidados integrales centrado en la persona (ECICEP) a través de un enfoque multidisciplinario, adapta la comunicación y educación en salud a las necesidades individuales. Este reporte de caso clínico muestra cómo, mediante intervenciones personalizadas, es posible mejorar el autocuidado y control metabólico en pacientes analfabetos.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta el caso de un paciente de 64 años con hipertensión y diabetes tipo 2 complicada con retinopatía diabética y amputación infracondílea, analfabeto, con deterioro cognitivo leve, bajo apoyo social y con baja adherencia al tratamiento. Ingresó a ECICEP, derivado desde servicio de urgencias por múltiples consultas asociadas a mal control metabólico. Se realizaron intervenciones personalizadas, mediante visitas domiciliarias por equipo multidisciplinario, seguimientos telefónicos y educación en salud, usando pictogramas para facilitar la administración de insulina y adherencia a tratamiento. En tres meses, logró reducción de hemoglobina glicosilada de 10.1% a 6.1% y mejoras en su perfil lipídico. Además, desde el área nutricional se promovieron cambios en la dieta, disminuyendo el consumo de azúcar y frituras. El paciente otorgó consentimiento informado para la presentación del caso.
DISCUSIÓN CONCLUSIONES	Y El 53% de los adultos en Chile tiene un nivel bajo de alfabetización. Considerando este dato, se requieren cambios en todos los niveles del sistema de salud. El uso de ayudas visuales como pictogramas puede

ser una herramienta para complementar la instrucción verbal, permitiendo superar barreras lingüísticas y numéricas, mejorar la comprensión de indicaciones médicas, especialmente en poblaciones con baja alfabetización.

PALABRAS CLAVE Atención Primaria de Salud, Alfabetización en salud (AS), Analfabetismo, Diabetes mellitus tipo 2, Atención Centrada en el Paciente, Autocuidado.

4. Pratt M, Searles GE. Uso de recursos visuales para mejorar las conversaciones médico-paciente y aumentar la alfabetización en salud. Revista de Medicina y

5. Chan HK, Hassali MA, Lim CJ, Saleem F, Tan WL. Uso de pictogramas para ayudar a los cuidadores en la administración de medicamentos líquidos: una revisión sistemática. Revista de Farmacia Clínica y Terapéutica. 2015 Apr 10;40(3):266–72.

TÍTULO DEL TRABAJO DEL INTOXICACIÓN AGUDA POR METOTREXATO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Geissbuhler Meneses Sebastián (1)

CO-AUTORES Alarcón Reyes María José (2), Arriaza Pérez Daniel (2), Olivares Marchant Nicolás (2).

AFILIACIÓN (1) Médico general de zona, Hospital Jorge Ibar Bruce, Puerto Cisnes.
(2) Interno de Medicina, Hospital Franco Ravera Zunino, Universidad de O'Higgins, Rancagua.

INTRODUCCIÓN El metotrexato es un fármaco usado para el tratamiento de diversas enfermedades debido a sus propiedades antiinflamatorias, antiproliferativas e inmunosupresoras. Es el tratamiento de elección en artritis reumatoide. Es indicado a bajas dosis vía oral debido a la tolerabilidad y eficacia del fármaco. Los poliglutamatos derivados del MTX presentan una vida media larga, por lo que es administrado una vez a la semana o dividido en 3 tomas separadas, dado que su utilización en mayores dosis ocasiona toxicidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 60 años con artritis reumatoide e hipotiroidismo acude a reumatólogo hace 3 semanas quien inicia metotrexato oral con dosis semanal de 15 mg/m ² /semana. Evoluciona con un cuadro de lesiones ulceradas en mucosa oral, lengua y palmares, inguinales asociado a disfagia y artralgiás en manos. Al interrogatorio refiere que dosis semanal de metotrexato se la tomaba de forma diaria. Ingres a Urgencias taquicárdica y febril, se realiza exámenes que evidencian leucopenia con neutropenia severa y anemia moderada sin trombocitopenia, perfil hepático con alteraciones, Perfil hematológico con alteraciones en neutrófilos . Se traslada a servicio de Medicina en regulares condiciones, hemodinamia estable, con dificultad de apertura bucal y mucositis.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2016-2017, un 58% de la población consume al menos un medicamento al día. Siendo mayor esta cifra en mujeres y adultos mayores. Es por ello que, es de suma importancia que el profesional de salud eduque a los pacientes y a sus familiares en relación a la toma adecuada de sus medicamentos, no solo verbalmente, también por escrito y ser enfático respecto a los posibles efectos adversos. En relación al Metotrexato, hay que informar al paciente que la dosis es semanal, y que su uso diario puede afectar diversos sistemas, como el renal, hepático, respiratorio, y ocasionar incluso una neutropenia febril.
PALABRAS CLAVE	Artritis, Intoxicación, Metotrexato.
TÍTULO DEL TRABAJO	TOS CRÓNICA INDUCIDA POR INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA DE INICIO TARDÍO, PARA SIEMPRE CONSIDERAR:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	a) Medicina familiar
AUTOR	Parra Jiménez Matías (1)
CO-AUTORES	Vega Chacana Marla (1), Gatica Vera Ignacio (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico en Etapa de Destinación, CESFAM Padre Manuel Villaseca, Santiago
INTRODUCCIÓN	Se define como tos crónica aquella que persiste más de 8 semanas. Su prevalencia es de 14-23%, siendo causas frecuentes: asma, reflujo gastroesofágico, rinosinusitis, tabaquismo y medicamentos. La incidencia de tos inducida por inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) se ha reportado entre 1.5-35%, en los primeros

6 meses usando el fármaco, pero esta evidencia tiene limitaciones. En este caso clínico se destaca la importancia de considerar el uso prolongado de IECA en el abordaje inicial de tos crónica.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Mujer de 57 años con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II. Usaria de enalapril desde hace 8 meses y metformina. Consulta por 2 semanas de tos de predominio nocturno con leve expectoración serosa, odinofagia y cefalea frontal. Al examen físico, destaca mucosa nasal pálida y leve hipertrofia de cornetes. Paciente sin antecedentes de asma, refiere prurito ocular estacional. Respuesta parcial a antihistamínicos, sin respuesta a broncodilatación. Se indica antibioterapia para sinusitis aguda, sin respuesta. Persiste con tos por 10 semanas. Se cambia enalapril por amlodipino y se inicia mometasona intranasal. Después de una semana la tos remite y, al suspender mometasona, sin recurrencia.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y En la práctica clínica la multifactorialidad de los síntomas suele dificultar el proceso diagnóstico. En este caso, probablemente la tos crónica respondía a una causa multifactorial, siendo el uso de IECA una de sus causas. En la literatura se describe clásicamente la tos inducida por IECA hasta 6 meses posterior a su inicio, por la duración de los estudios, pero aquellos más largos la describen hasta 8 meses después. De haberse considerado este diagnóstico precozmente, habrían disminuido las intervenciones realizadas y el impacto en la calidad de vida de la paciente. Por ello, es importante considerar la tos inducida por IECA en el abordaje de la tos crónica, incluso ante uso de larga data.

PALABRAS CLAVE

Efectos colaterales y reacciones adversas relacionados con medicamentos, Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, Tos crónica

**TÍTULO
TRABAJO**

DEL LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

CLASE

Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA

b) Medicina Interna

AUTOR

Campos Robledano Manuel (1)

CO-AUTORES

Lagos	Cavagnaro	Benjamin	(1)
Villa	Sánchez	Felipe	(1)
Joselin Aravena Solar (2)			

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Hualqui, Hualqui. (2) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.
INTRODUCCIÓN	Las enfermedades hematológicas malignas, como la Leucemia Mieloide Aguda (LMA), constituyen un grupo de patologías poco frecuentes pero de alta gravedad, caracterizadas por una proliferación clonal descontrolada de precursores mieloides en la médula ósea y sangre periférica. Su diagnóstico representa un desafío clínico debido a su presentación inespecífica, con síntomas que pueden simular cuadros infecciosos, anémicos o de origen hepático, lo que retrasa su pesquisa oportuna. A continuación se describe un caso de esta índole.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Usuario de 53 años consulta en diciembre 2024 por coluria de 2 meses de evolución, asociado a dolor mesotorácico-epigástrico hace 1 semana, disnea, sudoración nocturna y peaks febriles aislados sin otros síntomas asociados. Niega baja de peso y acolia. Al examen físico destaca ictericia en piel y escleras, examen abdominal sin alteraciones. Examen pulmonar con murmullo pulmonar disminuido y roncus difusos. Se deriva erróneamente a Sala ERA en estudio de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y a morbilidad con exámenes en 1 mes. El laboratorio evidencia hiperbilirrubinemia, leve predominio indirecto, anemia moderada macrocítica con aumento de reticulocitos y ferritina elevada. Con trombocitopenia. Se deriva a hematología de forma urgente, donde frente a la aparición de blastos, se decide obtener muestra de médula ósea. Esta confirma el diagnóstico de leucemia mieloide aguda. El usuario firma el consentimiento informado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso ilustra la dificultad diagnóstica de las leucemias agudas por su presentación clínica inespecífica, en ausencia de síntomas típicos como pérdida de peso, dolor óseo o signos infecciosos francos, que pudo haber enmascarado la sospecha hematológica inicial. La presencia de ictericia leve, anemia macrocítica, pancitopenia y blastos en sangre periférica orientó el diagnóstico. Destacando la importancia de una evaluación integral y seguimiento estrecho ante alteraciones hematológicas persistentes.
PALABRAS CLAVE	Anemia macrocítica, Ictericia, Leucemia Mieloide Aguda.
TÍTULO DEL TRABAJO	LINFOMA NO HODGKIN COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA ABDOMINAL:
CLASE	Caso clínico (CC)

CATEGORÍA	b) Medicina interna
AUTOR	Ogueta Giménez Daniel (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cesfam Paredones, Paredones
INTRODUCCIÓN	El compromiso neoplásico del peritoneo suele ser secundario a carcinomatosis originada de neoplasias gastrointestinales, ováricas y/o mamarias. Menos frecuentemente puede deberse a diseminación peritoneal de un linfoma primario o linfomatosis peritoneal. Ambos pueden manifestarse con dolor y distensión abdominal, fiebre y compromiso del estado general, y presentar características tomográficas similares como engrosamiento peritoneal, lesiones tipo “Omental-Cake” y ascitis. El objetivo de este caso es describir un caso de linfoma con compromiso peritoneal para destacar la importancia de considerarlo dentro del diagnóstico diferencial ante la sospecha de carcinomatosis peritoneal.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 63 años consulta por dolor abdominal epigástrico y diaforesis de 1 semana de evolución. Al examen físico destaca masa abdominal dolorosa, poco móvil e irregular en hipocondrio izquierdo. Se realiza ecografía abdominal donde se describe lesión pancreática quística endoluminal de 13 x 8.8 x 3.2 cm con vascularización periférica al doppler. Se complementa estudio con una tomografía computarizada de abdomen contrastada identificándose una masa abdominal mesogástrica, adenopatías mesentéricas y engrosamiento nodular del peritoneo, asociado a ascitis. La biopsia resulta positiva para linfoma de alto grado doble hit. El paciente es derivado al Hospital de base y actualmente se encuentra a la espera de iniciar quimioterapia.
DISCUSIÓN CONCLUSIONES	Y Aproximadamente un 40% de los linfomas pueden presentar compromiso extranodal, siendo el sistema gastrointestinal el sitio más frecuentemente afectado. Sin embargo, el compromiso peritoneal es infrecuente. Dentro de los subtipos que más frecuentemente comprometen el peritoneo se encuentran los de Alto Grado como el linfoma de células gigantes y el linfoma de Burkitt. La linfomatosis peritoneal suele tener un menor grado de ascitis, así como mayor compromiso linfonodal, nódulos de mayor tamaño y de forma más frecuente hepatoesplenomegalia asociada, la presencia de estos elementos podría guiar el diagnóstico, sin embargo, el gold standard sigue siendo el estudio histológico.
PALABRAS CLAVE	Linfoma, No Hodgkin; Dolor Abdominal; Enfermedad Peritoneal

TÍTULO	DEL	LINFOMA NO HODGKIN TRANSFORMADO, MARCADOR DE MAL PRONÓSTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO:				
TRABAJO						
CLASE		Caso clínico				
CATEGORÍA		b) Medicina Interna (Hematología)				
AUTOR		Vidal Torres, Diego (1)				
CO-AUTORES		Pizarro	Carvajal,	Felipe	(2)	
		Reyes	Sabag,	Nazira	(2)	
		Vargas Valdivia, Camilo (3)				
AFILIACIÓN	(1)	Médico	EDF	Cesfam	Panguipulli	
	(2)	Médico		Cesfam	Panguipulli	
	(3)	Médico Clínica Vitale				
INTRODUCCIÓN		Los linfomas no Hodgkin (LNH) son neoplasias del sistema linfático que se originan generalmente en los ganglios linfáticos u otros tejidos del organismo. Se pueden clasificar como indolentes o agresivos, dependiendo de la rapidez con la que se desarrollan. A continuación, se presenta el caso de un paciente que tiene como objetivo relevar la importancia de conocer el tipo histológico de un linfoma para ofrecer una adecuada terapia.				
PRESENTACIÓN DEL CASO		Paciente de 64 años, durante el 2022 inicia cuadro de 1 mes de evolución de aumento de volumen cervical derecho, no doloroso, sin asociación a síntomas B. En estudio imagenológico se describen múltiples adenopatías cervicales de aspecto infiltrativo neoplásico (de hasta 30 mm). Se realiza biopsia cervical y de médula ósea que confirma linfoma no Hodgkin (LNH) folicular de bajo grado. Durante 2023 inicia quimioterapia (QMT), presentando refractariedad a varios esquemas quimioterapéuticos y comportándose clínicamente de forma agresiva, a pesar de ser un LNH folicular de bajo grado. Durante 2025, presenta cuadro de 2 semanas de dolor abdominal y síndrome icterico, realizándose scanner que evidencia lesiones focales neoplásicas en la cabeza del páncreas que determinan la obstrucción de la vía biliar. Se realiza biopsia de tumor ampular que informa LNH difuso de células grandes B (DLBCL), confirmando el diagnóstico de un linfoma transformado. Se cambia esquema de QMT que incluye: gemcitabina, oxaliplatino y rituximab, actualmente en curso.				
DISCUSIÓN	Y	La transformación de un LNH indolente, como el linfoma folicular, en una forma agresiva, generalmente DLBCL, es un evento clínico significativo que afecta el pronóstico de los pacientes. El pronóstico de los pacientes con linfoma transformado ha sido desfavorable				
CONCLUSIONES						

históricamente, con una supervivencia global mediana de alrededor de 1 año, sin embargo, las nuevas terapias, que incluyen rituximab, han mostrado resultados más favorables. Es clave confirmar la transformación histológica para realizar un adecuado ajuste terapéutico.

PALABRAS CLAVE	Linfoma folicular, Linfoma no Hodgkin, Rituximab
TÍTULO DEL TRABAJO	LOXOSCELISMO CUTÁNEO-VISCERAL, REPORTE DE CASO Y DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN ZONAS ENDÉMICAS:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Olguín Aravena Cristóbal (1).
CO-AUTORES	Limidoro Pérez Benjamín (1), Osorio Ponce Camila (2), Pizarro Cataldo Karina (2).
AFILIACIÓN	(1)Médico General De Zona, CESFAM Quebrada Verde, Valparaíso. (2)Interna Medicina U. de Valparaíso, Valparaíso.
INTRODUCCIÓN	El loxoscelismo es una entidad producida por la mordedura de arañas del género <i>Loxosceles</i> , particularmente <i>Loxosceles laeta</i> , endémica en Chile. Si bien la mayoría de los casos se manifiestan como lesiones cutáneas locales, en una minoría puede progresar a formas graves con compromiso sistémico, incluyendo hemólisis, falla renal, hepática y shock. Este caso clínico describe la evolución de un paciente con presunta exposición a <i>Loxosceles</i> , que desarrolló un cuadro sistémico grave con características compatibles con loxoscelismo visceral con shock tóxico. Su análisis permite destacar la necesidad de un enfoque clínico integral, que considere etiologías infrecuentes en pacientes con deterioro multisistémico de causa inicialmente no clara, especialmente en regiones donde esta araña es endémica.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 56 años, hipertenso, consultó inicialmente por lesión cutánea en dorso de mano tras mordedura de insecto. Tras tratamiento antibiótico ambulatorio, reconsultó por deterioro general, siendo derivado a urgencias con shock descompensado, falla respiratoria, disfunción renal aguda (creatinina 5,28 mg/dL), trombocitopenia, anemia y marcadores inflamatorios elevados. Ingresó a Unidad Cuidados Intensivos con requerimientos de soporte vasopresor, ventilación mecánica, inmunoglobulina IV, hemodiálisis continua y transfusiones. Presentó además lesión necrótica extensa en extremidad superior derecha y úlcera sacra grado II. Evolucionó

favorablemente con resolución del shock, recuperación de la función renal y mejoría clínica general, egresando con manejo ambulatorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El loxoscelismo visceral representa una forma infrecuente pero potencialmente letal, cuya presentación puede simular cuadros sépticos de origen desconocido. La ausencia de antecedente claro de mordedura no excluye el diagnóstico, siendo clave la sospecha clínica en zonas endémicas. Este caso destaca la importancia de considerar etiologías inusuales en pacientes con falla multiorgánica, y la necesidad de establecer protocolos de manejo para estas presentaciones graves.

PALABRAS CLAVE Falla Multisistémica, Loxoscelismo, Shock Séptico.

TÍTULO DEL TRABAJO LUXACIÓN DEL NERVIIO CUBITAL, UN DIFERENCIAL INFRECLENTE A LA EPICONDILITIS MEDIAL EVALUADA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE h) Especialidades (Traumatología)

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Urquizo Zambrano Héctor (1)

CO-AUTORES Guacarán Guerrero José (2)
Catalán Yusta Karla (3)
Nava Romero Jesús (4)

AFILIACIÓN (1) Médico General APS, CESFAM Santa Laura, El Bosque, Santiago (2) Médico General APS, CESFAM Los Quillayes, La Florida, Santiago (3) Médico General de Zona, CESFAM Santa Laura, El Bosque, Santiago (4) Médico General APS, SAR Padre Manuel Villaseca, Puente Alto, Santiago

INTRODUCCIÓN El síndrome del nervio cubital es la segunda mononeuropatía más frecuente a nivel de extremidades superiores, no obstante, el hallazgo de luxación de este nervio como causa de esta, constituye un hallazgo poco frecuente. El conocimiento adecuado de la correlación topográfica con la anatomía puede ayudar a orientar el diagnóstico y favorecer el manejo precoz.

PRESENTACIÓN DEL CASO Femenina de 17 años, sin antecedentes relevantes, consulta a APS debido a cuadro de 1 año de evolución de dolor en zona medial del codo derecho en forma intermitente, que se exacerba en los últimos meses, dolor se acompaña de parestesias de cuarto y quinto dedo de mano ipsilateral. En primera instancia se entrega impresión diagnóstica de "Epicondilitis Medial" y se solicita ecografía de partes blandas del codo, cuyo resultado describe: "Luxación del nervio cubital". Ante hallazgo

se indica manejo conservador y se deriva para rehabilitación de kinesiología. Se realiza evaluación inicial por terapeuta donde se aprecia debilidad muscular y movimiento contra gravedad con resistencia moderada; además hallazgo de alteración en proceso de escritura y afectación de actividades básicas de la vida diaria que realiza con dicha extremidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Una anamnesis exhaustiva complementada con un examen físico acorde al motivo de consulta, puede orientar en gran medida a plantear los diagnósticos diferenciales posibles. En este caso la clínica del dolor en codo podía llevar a plantear la posibilidad de epicondilitis medial, bastante frecuente en nuestro medio; no obstante, el estudio ecográfico nunca está de más ante la duda o presencia de manifestaciones clínicas que no calcen con la hipótesis inicial.		
PALABRAS CLAVE	Luxación de nervio cubital - Mononeuropatía - Síndrome del nervio cubital		
TÍTULO DEL TRABAJO	LIPOMA GÁSTRICO SINTOMÁTICO, UNA ENTIDAD POCO HABITUAL: REPORTE DE CASO:		
CLASE	Caso Clínico (CC).		
CATEGORÍA	d) Cirugía.		
AUTOR	Pedreros Valenzuela Catalina (1)		
CO-AUTORES	Contreras	Maldonado	Lucas (2)
	Quintana	Saéz	Agustina (2)
	Carcamo Fierro Joaquin (2)		
AFILIACIÓN	(1) : Médico Cirujano, Becada de Cirugía General, Universidad Austral de Chile, Valdivia. (2): Interno de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia		
INTRODUCCIÓN	El lipoma gástrico es un tumor poco frecuente, constituyendo el 3% de los tumores benignos del estómago. Generalmente, son únicos y asintomáticos. diagnosticándose incidentalmente durante procedimientos endoscópicos o estudios imagenológicos en los que suele confundirse con tumores gastrointestinales estromales (GIST). Además, pueden causar dolor abdominal, hemorragia digestiva o síntomas obstructivos, especialmente a mayor tamaño. Por ello, su tratamiento es la resección endoscópica o quirúrgica.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 80 años, con epigastralgia persistente, se solicita una ecografía abdominal que reveló un tumor sólido de origen		

gástrico y colelitiasis, posteriormente en la endoscopia digestiva alta se evidenció mucosa gástrica difusamente atrófica, gran protrusión de la pared de la curvatura menor, con dos ulceraciones con fibrina, compatible con un tumor gástrico ulcerado de aspecto submucoso tipo GIST. La tomografía computarizada mostró una masa voluminosa de 12,6 cm, con grasa macroscópica y septos en su interior, de crecimiento endoluminal en la curvatura menor.. Se programó una gastrectomía subtotal con gastroyeyunanastomosis en Y de Roux y colecistectomía laparoscópica, procedimiento sin incidentes. Se dio de alta al cuarto día, manteniendo controles ambulatorios. La biopsia mostró una lesión submucosa expansiva de 13x9x5 cm con márgenes libres, constituida por adipocitos maduros sin atipias, vasos capilares y vénulas interpuestas, siendo el diagnóstico final de lipoma gástrico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El lipoma gástrico es un tumor benigno infrecuente. El manejo depende de los síntomas, el tamaño del tumor y la sospecha de un diagnóstico alternativo. Las técnicas de imagen como la endosonografía son útiles para el diagnóstico diferencial, pero el diagnóstico definitivo se obtiene mediante análisis histopatológico. Se recomienda la resección endoscópica para tumores menores de 2 cm y la cirugía abierta o laparoscópica para tumores mayores. La recurrencia es baja (5%) y no requeriría seguimiento tras la resección completa, aunque se necesita más literatura para llegar a consensos.
PALABRAS CLAVE	Dolor Abdominal, Lipoma, Tumores del Estroma Gastrointestinal.
TÍTULO DEL TRABAJO	Cefalea recurrente a causa de Malformación de Chiari tipo I:
CLASE	g) Neurología
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Vives Cárcamo Laura (1)
CO-AUTORES	Henríquez Hernández Daniela (2), Neira Ribes Pedro (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General, Cesfam Manuel Ferreira Guzmán, Ancud. (2) Médico General, Hospital de Loncoche, Loncoche. (3) Médico General, Cesfam Manuel Ferreira Guzmán, Ancud.
INTRODUCCIÓN	La malformación de Chiari (MC) es un defecto en el cráneo y cerebelo que provoca el descenso de éste por debajo del foramen magno. Puede deberse a un desarrollo fetal anormal o a un drenaje inadecuado del líquido cefalorraquídeo (LCR). Los síntomas varían, siendo la cefalea la más común. Algunos pacientes son asintomáticos. Su prevalencia se

estima en 1 de cada 1000 habitantes y es más frecuente en mujeres, aunque se ha incrementado su diagnóstico debido al uso de neuroimágenes.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Femenina, 35 años, sin antecedentes mórbidos, con cuadro de cefalea recurrente, muy intensa, holocraneana y pulsátil, asociada a disestesias y parestesias en brazos y piernas, con pérdida del equilibrio y escasa respuesta a analgésicos, de tres meses de evolución. Por la sintomatología descrita, se realiza resonancia nuclear magnética (RNM), donde se evidencia descenso de amígdalas cerebelosas: 1 cm a derecha y 1.5 cm a izquierda, diagnosticándose MC tipo I. Se inicia tratamiento con pregabalina y amitriptilina durante seis meses, con buena respuesta y mejora importante de la calidad de vida, logrando la esporádicamente. Previa a firma de consentimiento informado, se accede a la publicación de esta información.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y MC es una patología infrecuente, que puede generar impacto en calidad de vida producto a la sintomatología asociada, principalmente es cefalea, el tratamiento puede ser médico o quirúrgico, según la gravedad.

PALABRAS CLAVE

Cefalea, cerebelo, malformación.

**TÍTULO
DEL TRABAJO**

DEL MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN LA URGENCIA:

CLASE

Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA

b) Medicina Interna

AUTOR

Espinoza Correa, Bastián (1)

CO-AUTORES

Hamidi-Vadeghani Majd Neshat (2), Pereira Hernández Valentina (1), Kuri Toranzo Juan (1)

AFILIACIÓN

(1): Médico General de Zona, Hospital de Purranque, Purranque
(2): Médico General de Zona, CESFAM de Puaicho, San Juan de la Costa

INTRODUCCIÓN

La Miocardiopatía Hipertrófica (MCH) es una anomalía del músculo cardíaco de causa principalmente genética. Genera Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) de múltiples. Presentamos un CC con el objetivo de resaltar su importancia como diagnóstico diferencial menos frecuente de dolor torácico en la Urgencia.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 45 años, con consentimiento informado firmado. Antecedentes de Hipertensión Arterial de difícil manejo. Con dolor anginoso típico de 4 horas de duración, que inicia posterior a esfuerzos, asociado a síntomas neurovegetativos. Sin síncope, disnea ni otros síntomas. Al examen físico (EF) destaca hipertensa hasta 180/100mmHg, normocárdica, saturación 95%. Sin signos de congestión. Con soplo sistólico eyectivo aórtico V/VI. Sin otras alteraciones. Radiografía de tórax con cardiomegalia moderada, elevación de troponinas con curva positiva. Electrocardiograma (EKG) muestra signos de HVI con sus alteraciones del ST respectivas y ondas T gigantes invertidas en precordiales. Ecocardiograma mostró hipertrofia septal de 18mm con obstrucción del tracto de salida del Ventículo Izquierdo (VI), sin alteraciones en la motilidad focal. Se diagnosticó Infarto Agudo al Miocardio y Miocardiopatía Hipertrofica Septal (18mm).
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La MCH es un diagnóstico diferencial de dolor torácico en Urgencias. Puede causar dolor anginoso por falta relativa de perfusión coronaria que se produce al existir obstrucción al tracto de salida del VI, que impide irrigación de las arterias coronarias en caso de esfuerzo físico. Se sospecha principalmente con EKG, que puede tener múltiples morfologías. Las más importantes son: ondas Q en pared inferior, T invertidas gigantes en precordiales, HVI, bloqueo completo de rama izquierda, desviación del eje a izquierda. El examen confirmatorio es el Ecocardiograma, que muestra el lugar específico de la HVI. El tratamiento se basa en betabloqueo como primera línea. Puede incluir hasta Desfibrilador Cardioversor Implantable, Miectomía Septal quirúrgica o trasplante cardíaco.
PALABRAS CLAVE	Miocardiopatía hipertrofica, Hipertrofia Ventricular Izquierda, Dolor Torácico.
TÍTULO DEL TRABAJO	MEDIASTINITIS SECUNDARIA A INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Neumann Klein Josefina (1)
CO-AUTORES	Díez Lagos Camilo (1), Muñoz Pérez Gustavo (2)

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cesfam Teodoro Schmidt, Teodoro Schmidt (2) Médico General, Hospital de Puerto Montt, Puerto Montt
INTRODUCCIÓN	La mediastinitis es una inflamación o infección severa que involucra el mediastino. Las tres etiologías más comunes son infección de herida post esternotomía, perforación esofágica y mediastinitis descendente necrotizante. Los síntomas clásicos son fiebre, dolor torácico y signos de infección sistémica. Debido a la presencia de estructuras vitales dentro del mediastino el proceso de la enfermedad pone en peligro la vida y requiere intervención y tratamiento urgentes.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 56 años con antecedentes de Diabetes Mellitus e hipertensión arterial, consulta en 3 oportunidades en servicio de urgencias por dolor cólico en hemiabdomen superior, vómitos, sensación febril y tos, que inician posterior a ingesta de valva de almeja. Al cuarto día ingresa en shock séptico, hipotenso, con crépitos en base derecha y Blumberg esbozado. En laboratorio destaca Proteína C Reactiva 659, Leucocitos 17460, Creatinina 1.96. En Scanner de tórax leve neumomediastino anterior. Se inician drogas vasoactivas. En pabellón endoscópico se identifica cuerpo extraño que genera perforación bilateral del esófago de 7 centímetros, con salida de pus, se fragmenta. Durante hospitalización presenta bacteremia por Klebsiella Pneumoniae betalactamasa de espectro extendido (BLEE) y tranqueobronquitis por Staphylococcus Aureus BLEE, tratado con múltiples esquemas antibióticos de amplio espectro, siendo el último Colistin, Imipenem y Fosfomicina. Luego de 2 meses se realiza decanulación de traqueostomía y se hospitaliza en medicina para completar rehabilitación por síndrome post cuidados intensivos, desde egreso en seguimiento por rehabilitación en atención primaria. Este trabajo cuenta con el consentimiento informado del paciente.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso demuestra que la mediastinitis por cuerpo extraño puede manifestarse con síntomas abdominales atípicos, retrasando su diagnóstico. En pacientes con sepsis de origen incierto e historia de ingesta de cuerpo extraño, el scanner toracoabdominal debe ser prioritario, independientemente de la presencia de neumomediastino inicial, esto para un diagnóstico rápido debido a la alta mortalidad asociada.
PALABRAS CLAVE	Mediastinitis, Perforación esofágica, Cuerpo extraño.
TÍTULO DEL TRABAJO	MIASTENIA GRAVIS EN PACIENTE DE 69 AÑOS, IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ.

CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	g) Neurología
AUTOR	Aleuy Vera Cesar (1)
CO-AUTORES	Saavedra Opazo Joaquín (2), Quiroga Ferreira Felipe (3), Ramírez Flores Benjamín (4)
AFILIACIÓN	(1) Medico General de Zona, Hospital de Arauco, Arauco (2) Medico General de Zona, Cefam Ñipas, Ránquil (3) Medico General de Zona, Hospital de Huépil, Tucapel (4) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción
INTRODUCCIÓN	La Miastenia Gravis (MG) es una enfermedad neuromuscular crónica que provoca debilidad muscular debido a un ataque inmunitario sobre los receptores de acetilcolina, afectando la comunicación nerviosa. Esta enfermedad genera fatiga en músculos de uso continuo, como los oculares, faciales y de deglución, y puede comprometer funciones vitales, como la respiración. Por ello, el diagnóstico temprano es crucial para evitar complicaciones graves y mejorar la calidad de vida del paciente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Presentamos el caso de un paciente masculino de 69 años con antecedentes de epilepsia, infarto cerebral y cardiaco, fibrilación auricular e hipertensión arterial. Consultó en octubre de 2022 por dos meses de diplopía, ptosis bilateral en las tardes, y fatiga al masticar y hablar. En el examen físico se observó ptosis ocular derecha con oculomotilidad conservada. El scanner y resonancia magnética nuclear mostraron una lesión isquémica secuelar, con exámenes de laboratorio normales. La prueba de estimulación repetitiva fue sugestiva de miastenia gravis, por lo que se solicitaron anticuerpos anti-receptores de acetilcolina (positivos) y anti-MuSK (negativos). Se inició tratamiento con piridostigmina, pero sin buena respuesta, lo que llevó a la hospitalización para estudios adicionales. Durante la estadía, se observó bradicardia asintomática de 49 lpm y un electrocardiograma con QT corregido prolongado, posiblemente secundario a la piridostigmina y carvedilol, que se decidió suspender. El paciente mejoró parcialmente con ajustes en la dosis de piridostigmina, aunque continuó presentando ptosis derecha, diplopía y fatiga masticatoria en las tardes. Evoluciona de forma estable y vigil, siendo dado de alta para seguimiento ambulatorio.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Es fundamental conocer y sospechar de la Miastenia Gravis en casos de debilidad muscular, especialmente en ojos, rostro o garganta. Un

diagnóstico temprano permite tratamientos que previenen complicaciones graves y mejoran la calidad de vida, evitando el avance de la enfermedad y el compromiso de funciones críticas como la respiración.

PALABRAS CLAVE	Autoinmunidad, Miastenia Gravis, Debilidad Muscular
TÍTULO DEL TRABAJO	MIELITIS TRANSVERSA AGUDA TRAS VACUNACIÓN CONTRA SARS COV2, A PROPOSITO DE UN CASO:
CLASE	Neurología
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Palacios Pawathon Valentina (1)
COAUTOR	Maureira Bahamondes Camila (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Alhué, Alhué , Región Metropolitana (2) Médico General de Zona, Hospital Comunitario Florencio Vargas Díaz, Diego de Almagro, Región de Atacama
INTRODUCCIÓN	La mielitis transversa es un trastorno inflamatorio poco frecuente de la médula espinal que provoca debilidad, alteraciones sensoriales y disfunción intestinal o vesical. Puede presentarse como una entidad aislada o asociada a infecciones, vacunas o enfermedades neuroinflamatorias como la esclerosis múltiple, neuromielitis óptica o trastornos relacionados con anticuerpos anti-MOG.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina de 27 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en el Servicio de Urgencia Rural (SUR) tras recibir la tercera dosis de la vacuna contra SARS-CoV-2. Posteriormente comienza con cuadro caracterizado por diarrea, asociada a parestesias generalizadas. Se diagnostica trastorno conversivo y se da el alta. Reconsulta por persistencia de síntomas, sumados a pérdida de fuerza con distribución céfalo-caudal, hiporreflexia y retención urinaria. Es derivada a un centro de mayor complejidad, donde se realizan estudios de laboratorio e imagenológicos. La resonancia magnética (RM) de cerebro y columna con contraste revela lesión medular a nivel C3-C6 con incremento de señal y captación compatibles con mielitis aguda; el resto de la médula aparece sin lesiones focales. Recibe tratamiento con inmunoglobulina y posteriormente pulsos de metilprednisolona. Es dada de alta con tetraparesia crural y uso de sonda Foley. Inicia

rehabilitación con equipo multidisciplinario, logrando recuperación progresiva de la movilidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La mielitis transversa aguda posterior a vacunación es un evento adverso poco común pero descrito en la literatura. Su detección oportuna permite evitar complicaciones permanentes. El diagnóstico mediante RM, junto con el inicio precoz del tratamiento con inmunomoduladores y corticoides, es fundamental para un buen pronóstico. Además, el abordaje debe ser integral, con participación de un equipo multidisciplinario y seguimiento neurológico.

PALABRAS CLAVE COVID-19 - Mielitis Aguda Transversa - Vacuna

TÍTULO DEL TRABAJO MIELOMA MÚLTIPLE: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Orive Muñoz Martín (1)

CO-AUTORES Tapia Muñoz Josefa (2)
Poblete López Rosario (2)

AFILIACIÓN (1)Médico, CESFAM Pedro de Valdivia, Concepción (2) Médica EDF, CESFAM Pedro de Valdivia, Concepción

INTRODUCCIÓN El mieloma múltiple es una neoplasia de células plasmáticas que clínicamente se caracteriza por la presencia de anemia, hipercalcemia, falla renal, lesiones osteolíticas y una elevada frecuencia de infecciones. La edad media de presentación es de 62 años en hombres y 61 años en mujeres; en Chile se estima en 65 años.

PRESENTACIÓN DEL CASO Usuaría femenina, 53 años, sin antecedentes. Consulta por pubalgia de 6 meses de evolución. Al examen físico solo destaca limitación en rango articular. Estudio inicial con ecotomografía inguinal sin hallazgos. Por persistencia de síntomas se completa estudio con resonancia magnética de cadera derecha, destaca edema de médula ósea de aspecto heterogéneo que comprometen huesos ilíacos y también sacro mayormente al lado derecho. Se observan también múltiples lesiones de aspecto tumoral que comprometen la rama iliopubiana derecha proximal. Se complementa estudio con resonancia magnética de tórax, lesiones de aspecto lítico en la mayoría de los cuerpos vertebrales dorsales, esternón, escápulas y clavícula derecha. Se realiza derivación a hematología quien completa estudio con biopsia: infiltrado por

neoplasia de células plasmáticas de tipo plasmocitoma CD56 negativo, kappa positivo, CD138 positivo. Diagnóstico de mieloma múltiple cadenas livianas kappa ISS. Se inicia tratamiento con Bortezomib, Lenalidomida y Dexametasona para eventual terapia remplazo hematopoyético según respuesta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Las presentaciones clásicas del mieloma múltiple son hipercalcemia, insuficiencia renal, anemia y lesiones osteolíticas. En donde el dolor óseo es el síntoma más típico y frecuente. Aparece en el 60-80% de los pacientes en el momento del diagnóstico. El tratamiento de primera línea consiste en un esquema de inducción a la remisión, los cuales actualmente alcanzan una tasa de remisión del 70-80%, para posterior trasplante con progenitores hematopoyéticos autólogos. El caso presentado tiene la particularidad que si bien la manifestación inicial es frecuente, es un síntoma muy inespecífico, por lo que su estudio es de vital importancia.

PALABRAS CLAVE Células Plasmáticas, Médula Ósea , Mieloma Múltiple

TÍTULO DEL TRABAJO MIGRAÑA VESTIBULAR EN NIÑOS:

CLASE Caso Clínico(CC)

CATEGORÍA (h) Especialidades(Otorrinolaringología)

AUTOR Soto Lehnert Fernanda(1)

CO-AUTORES Morales Seguel Carolina(2)
Pinilla Hermosilla Constanza(3)
Soto Lehnert Alejandro(4)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Nacimiento, Nacimiento (2) Médico General de Zona, Hospital de Huépil, Huépil
(3) Médico General de Zona, Hospital de Arauco, Arauco
(4) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción

INTRODUCCIÓN El vértigo es un síntoma que puede presentarse en todas las edades y constituye una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias. No obstante, en la infancia, los trastornos vestibulares son poco comunes y su verdadera prevalencia podría estar subestimada debido a las dificultades para evaluarlos objetivamente en niños . El presente reporte tiene como objetivo describir un caso clínico de migraña vestibular en una paciente pediátrica, enfatizando los desafíos

diagnósticos que este cuadro plantea y subrayando la importancia de una evaluación clínica minuciosa en esta población.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Niña de cuatro años sin antecedentes patológicos de relevancia y con historia familiar de migraña que presentó cefalea parietal de un mes de evolución, de intensidad progresiva con predominio matutino y asociada a vómitos e inestabilidad. En la exploración neurológica se detectó Romberg positivo y ante la presencia de banderas rojas se derivó a un centro de mayor complejidad. En el hospital se efectuaron resonancia magnética cerebral y evaluaciones por Oftalmología y Otorrinolaringología, confirmándose el diagnóstico de migraña vestibular. La paciente quedó en seguimiento por Otorrinolaringología. Se obtuvo consentimiento informado para uso académico del caso.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y Los trastornos vestibulares en la infancia han sido menos investigados en comparación con los adultos, lo que, sumado a las dificultades en la anamnesis y exploración física en niños, limita su diagnóstico oportuno. Además, la aplicación de los criterios diagnósticos de la Bárány Society y la International Headache Society en población pediátrica sigue siendo motivo de debate. Se estima que la prevalencia de trastornos vestibulares en niños alcanza hasta un 5,3% en Estados Unidos. Este caso refuerza la necesidad de considerar diagnósticos diferenciales adecuados y de promover investigaciones que permitan estandarizar protocolos de diagnóstico y manejo en la población infantil.

PALABRAS CLAVE

Cefalea, Migraña, Vértigo

**TÍTULO
TRABAJO**

DEL MIOPATÍA AUTOINMUNE POR ESTATINAS: UN EFECTO ADVERSO GRAVE EN UN FÁRMACO DE USO FRECUENTE:

CLASE

b) Medicina Interna

CATEGORÍA

Caso clínico (cc)

AUTOR

Muñoz Friz Jorge (1)

CO-AUTORES

Reyes	Arellano	Pablo	(1)
Muñoz	Arce	César	(2)
Silva Reyes	Ignacia		(3)

AFILIACIÓN

(1) Médico General de Zona, CESFAM Portezuelo, Portezuelo. (2) Médico cirujano, CESFAM Portezuelo, Portezuelo. (3) Interna de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción.

INTRODUCCIÓN	El uso de estatinas se asocia al desarrollo de miopatía inflamatoria autoinmune. El presente caso asocia debilidad muscular progresiva y elevación persistente de transaminasas hepáticas, creatina quinasa (CK) y lactato deshidrogenasa (LDH) por uso de atorvastatina, que requirió enfoque en el diagnóstico diferencial para miopatía. Se busca resaltar la importancia de reconocer esta complicación, su fisiopatología inmunomediada y necesidad de intervención temprana mediante un manejo interdisciplinario, para disminuir daño muscular y optimizar la recuperación funcional.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 63 años, con dislipidemia, consultó por pérdida de peso involuntaria de un mes, mialgia, astenia y adinamia. Exámenes iniciales mostraron elevación de proteína c leucocitosis. Las serologías virales hepatotropas, ecografía abdominal y tomografía computada abdominal sin hallazgos relevantes. Durante hospitalización y controles presentó síntomas musculares progresivos, debilidad en cinturas escapular y pélvica. Persistió elevación de parámetros de laboratorio y aumento de CK total y LDH; por lo que se sospechó miopatía inflamatoria. El estudio dirigido reveló una electromiografía con patrón miopático activo, anticuerpos antinucleares positivo, antígenos nucleares extraíbles negativo, panel de miositis límite, anti-Hidroxi-metilglutaril-coenzima A reductasa (anti-HMGCR) elevado y biopsia muscular sin hallazgos. Por otro lado, el estudio paraneoplásico resultó negativo. Con estos antecedentes se diagnosticó miopatía inflamatoria inducida por estatinas, por lo que fueron suspendidas inmediatamente e inició tratamiento con corticoides y metotrexato. Evolucionó favorablemente hasta el último control.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso subraya la importancia del reconocimiento oportuno de la miopatía inflamatoria por estatinas mediante la detección de anti-HMGCR y biopsia muscular, elementos clave para diferenciarla de otras miopatías y evitar retrasos en el tratamiento. El diagnóstico temprano y el manejo con inmunosupresores mejoran significativamente el pronóstico. Este trabajo aporta evidencia para guiar la práctica clínica, enfatizando la vigilancia activa en pacientes con síntomas persistentes bajo terapia con estatinas.
PALABRAS CLAVE	Anticuerpos, Inhibidores de hidroximetilglutaril-coa reductasas, Miositis.
TÍTULO DEL TRABAJO	MOLESTIA LINGUAL PERSISTENTE EN UN EXFUMADOR, DETRÁS DE UNA APARENTE LESIÓN BENIGNA:

CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Barrueto Weisse Pablo (1)
CO-AUTORES	Taha Córdova Natalia (2), Salgado Zambrano Piero (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, CESFAM Puqueldón, Puqueldón (2) Médico general de zona, CESFAM Chonchi, Chonchi
INTRODUCCIÓN	El cáncer oral, en particular el carcinoma escamoso, representa la neoplasia maligna más frecuente de la cavidad oral, y se asocia a factores de riesgo como el tabaquismo y el alcohol. Aunque el cese del hábito tabáquico disminuye progresivamente el riesgo, este no se elimina por completo, incluso tras varios años. Las lesiones orales persistentes requieren una evaluación oportuna, ya que el diagnóstico precoz puede mejorar significativamente el pronóstico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 68 años, con antecedente de tabaquismo suspendido hace 18 años, consultó por molestia persistente en el borde derecho de la lengua, de varias semanas de evolución. Inicialmente atribuyó el síntoma a una mordedura accidental, sin embargo, ante la falta de mejoría, decidió buscar atención médica. Al examen físico se evidenció una lesión blanquecina, ulcerada en el borde lateral derecho de la lengua, con características clínicas sugerentes de malignidad, asociado a una adenopatía cervical derecha. Se realizó una biopsia incisional que confirmó la presencia de un carcinoma escamoso invasor, por lo que fue sometido a una glosectomía parcial, con reconstrucción mediante injerto de piel de antebrazo izquierdo, linfadenectomía cervical, con 2 de 33 ganglios positivos para metástasis; apoyándose posteriormente de radioterapia adyuvante. La evolución fue favorable, con buena integración del injerto, tolerancia a la radioterapia y sin evidencia de recidiva en los primeros controles oncológicos. Se obtuvo consentimiento informado escrito del paciente.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso subraya la importancia del diagnóstico precoz de lesiones orales persistentes, incluso en pacientes que han cesado el tabaquismo hace años. La intervención oportuna permitió un manejo quirúrgico efectivo y una rehabilitación funcional adecuada. Se destaca la necesidad de mantener un alto índice de sospecha frente a lesiones orales no cicatrizantes, lo que puede incidir directamente en la sobrevida y calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE	Carcinoma de Células Escamosas de Cabeza y Cuello, Glosectomía, Tabaquismo.
TÍTULO DEL TRABAJO	MANEJO DE HEMANGIOMAS SUPERFICIALES CON TIMOLOL TÓPICO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:
CLASE	Caso Clínico (CC).
CATEGORÍA	h) Especialidades: Dermatología
AUTOR	Valenzuela Mena Natalia Yolanda (1)
CO-AUTORES	Leiva Huerta Christian Nicolás (2)
AFILIACIÓN	(1) Médica General, Centro Médico y Dental RedSalud Alameda, Santiago (2) Médico General de Zona, Centro de atención Familiar La Florida, La Florida
INTRODUCCIÓN	Los hemangiomas infantiles son los tumores vasculares benignos más comunes en la infancia, con una incidencia estimada de hasta un 5% en lactantes. Aunque muchos se resuelven espontáneamente, algunos requieren tratamiento por su tamaño, localización o riesgo de complicaciones funcionales o estéticas. El propranolol oral ha sido el tratamiento de elección desde 2008; sin embargo, el timolol tópico ha surgido como una alternativa eficaz y segura para hemangiomas superficiales no complicados.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Lactante de 5 meses fue traída a consulta por su madre por una lesión rojiza en el abdomen, presente desde el nacimiento y con crecimiento progresivo desde el primer mes de vida. Al examen físico, se observó una lesión superficial de bordes definidos, color rojo brillante, de aproximadamente 6,5 x 4,1 cm. Se diagnosticó hemangioma infantil superficial y se indicó tratamiento con timolol tópico al 1% en crema base, aplicado dos veces al día, con receta repetible hasta tres veces y control posterior. Se explicó a la madre el carácter benigno de la lesión, su curso natural con estabilización alrededor de los 6–9 meses y la involución posterior, con baja probabilidad de secuelas estéticas. Al control a los 40 días, se observó una mejoría significativa en tamaño y aclaramiento de la lesión. Se obtuvo consentimiento informado del tutor legal para la publicación del caso.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Estudios recientes han demostrado que el timolol tópico es seguro y eficaz en hemangiomas superficiales, especialmente en pacientes menores de 3 meses o con lesiones menores de 5 cm. Además, presenta un mejor perfil de tolerancia en comparación con el propranolol oral,

con bajo riesgo de efectos adversos. La selección adecuada del paciente es clave para el éxito terapéutico. Este caso resalta el valor del médico general en el manejo oportuno y resolutivo desde atención primaria de salud.

PALABRAS CLAVE	Atención Primaria De Salud, Hemangioma, Timolol.
TÍTULO DEL TRABAJO	MANEJO EXITOSO CON FLUFENAZINA DE DEPÓSITO EN PACIENTE CON TRASTORNO LÍMITROFE DE LA PERSONALIDAD Y RESPUESTA LIMITADA A FÁRMACOS ORALES:
CLASE	CASO CLÍNICO (CC)
CATEGORÍA	H) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	Cruz Concha Karolina (1)
CO-AUTORES	Jara Meza Francisca (1), Briones Miranda Camila (1), Corvalán Díaz Carlos (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico en Etapa de Destinación y Formación Hospital Chileno Japonés de Hualañé, Hualañé. (2) Estudiante de medicina 5° año, Universidad de Talca
INTRODUCCIÓN	El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por inestabilidad emocional, dificultades en la regulación afectiva e impulsividad. Su abordaje principal es la psicoterapia y en muchos casos se recurre al apoyo farmacológico. Se presenta el siguiente caso con el objetivo de mostrar que, si bien el uso de antipsicóticos de depósito no es habitual, puede representar una alternativa terapéutica válida en casos con pobre respuesta a fármacos por vía oral.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina de 22 años con diagnóstico de TLP y fobia social con seguimiento en atención primaria en salud. Manejada con antipsicóticos orales de primera generación, estabilizadores del ánimo, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRN) asociado a psicoterapia semanal, sin embargo, con respuesta tórpida. Por este motivo fue derivada a psiquiatría en donde le ajustaron dosis de fármacos a dosis máximas, sin respuesta satisfactoria, persistiendo pensamiento rígido, ideación suicida, autolesiones, autoestima baja e ideas de no suficiencia. Es hospitalizada en dos oportunidades en una unidad de cuidados intensivos psiquiátricos, sin cambios al alta. Finalmente, se decide intentar manejo con antipsicótico de depósito, ya que aparentemente presenta refractariedad a otros fármacos utilizados. Se evalúa luego de una semana y se evidencia mejoría clínica

con disminución de pensamientos negativos sobre sí misma, cesan pensamientos relacionados a autolesiones e ideación suicida. Se controla luego de dos meses de uso de flufenazina intramuscular y paciente persiste con mejoría sintomática. Se firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El manejo farmacológico del TLP es un desafío clínico. El uso de antipsicóticos puede ser beneficioso en casos seleccionados, sobre todo ante síntomas afectivos intensos o conductas impulsivas graves. En este caso, la administración de flufenazina intramuscular resultó ser una estrategia efectiva, la cual podría ser considerada en pacientes que presenten este tipo de cuadros difíciles de manejar.

PALABRAS CLAVE Trastorno de Personalidad Límitrofe, Flufenazina, Antipsicóticos

TÍTULO DEL TRABAJO MANEJO PERCUTÁNEO DE LA INSUFICIENCIA MITRAL COMO ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA REPARADORA:

CLASE Caso clínico

CATEGORÍA d) Cirugía.

AUTOR Marambio Jaña Patricio (1)

CO-AUTORES Torres Rojas Angel (1)
Osorio Lorca Tomas (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de zona, CESFAM Dr. Norman Voullieme, Cerrillos.
(2) Médico General de zona, Hospital de Salamanca, Salamanca.

INTRODUCCIÓN La insuficiencia de la válvula mitral (IM) es la enfermedad valvular más frecuente en la población, el 7% de la población > 75 años tiene una IM. Su etiología se puede deber a diversos factores como afectación en las valvas, en el aparato subvalvular o en el miocardio ventricular. En la actualidad la cirugía reparadora es el tratamiento de elección en pacientes con IM. Pero muchos pacientes son desestimados para cirugía mitral (reparación) por considerarse de alto riesgo por disfunción ventricular severa o comorbilidades. Algunos de estos pacientes podrían beneficiarse del tratamiento percutáneo de la IM. Se presenta un caso de paciente sometido a manejo percutáneo de IM, con seguimiento dual de sus comorbilidades, tanto en salud primaria como nivel secundario.

PRESENTACIÓN DEL CASO Usuario de 36 años, con antecedentes de diabetes mellitus II, obesidad mórbida, hipotiroidismo, infarto medular (paraparesia), insuficiencia cardíaca con fracción de eyección ventricular izquierda disminuida

(18%) etapa C con Clase funcional III etiología no precisada. Portador de Insuficiencia mitral severa constatada en ecografía transesofágica. Debido a sus múltiples patologías el usuario presentaba un grado de dependencia mayor y disnea significativa, no era capaz de vestirse ni caminar por sí solo (usuario de silla de ruedas). En primera instancia se desestimó manejo con intenciones curativas por probable mal pronóstico a corto y mediano plazo. Luego de reuniones clínicas de distintos comités médicos, se decide que puede ser candidato a intervención percutánea para manejo de IM (Instalación de MITRA-CLIP). Se hospitaliza para cirugía electiva que se lleva a cabo de manera efectiva. Evoluciona favorablemente, manteniendo hemodinamia estable con adecuada tolerancia a la deambulación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El manejo percutáneo de la IM, con la implantación del dispositivo Mitraclip es una opción válida para pacientes inoperables o con alto riesgo quirúrgico. El procedimiento es relativamente seguro y efectivo a corto-mediano plazo.
PALABRAS CLAVE	Disnea, Insuficiencia cardíaca, Insuficiencia de la válvula Mitral.
TÍTULO DEL TRABAJO	Mediastinitis como complicación de un Absceso Periamigdalino. Reporte de caso:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Sandoval Álvarez Macarena Paz(1)
CO-AUTORES	Véliz Reyes María Ignacia (2) Rojas Castillo Diego Andrés (3)
AFILIACIÓN	1. Médico General de Zona, CESFAM Dr. José Manuel Balmaceda, Pirque 2. Médico General de Zona, CESFAM Dr. José Manuel Balmaceda, Pirque 3. Médico General de Zona, CESFAM Dr. José Manuel Balmaceda, Pirque
INTRODUCCIÓN	El absceso periamigdalino es una infección supurativa que afecta los espacios periamigdalinos, generalmente como evolución de una amigdalitis bacteriana no tratada adecuadamente. Se presenta con odinofagia intensa, disfagia, trismus, voz gangosa y fiebre. Afecta comúnmente a jóvenes, pero puede ocurrir a cualquier edad. El reconocimiento precoz es clave para prevenir complicaciones graves

como obstrucción de la vía aérea, sepsis o mediastinitis. Un manejo oportuno permite reducir hospitalizaciones prolongadas y la necesidad de intervenciones quirúrgicas complejas.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Mujer de 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, gonartrosis y tabaquismo. Consultó inicialmente por prurito faríngeo, congestión nasal, tos seca y opresión torácica de 7 días de evolución. Radiografía de tórax mostró signos de bronquitis aguda. Se inició manejo ambulatorio con broncodilatadores, corticoides y analgesia. Al día siguiente, reconsultó por aumento de volumen cervical, trismus, dificultad respiratoria y persistencia de odinofagia. Fue derivada a centro hospitalario con sospecha de absceso periamigdalino. Cirugía maxilofacial y de cabeza y cuello evaluó el caso. Se inició antibioticoterapia intravenosa (Ampicilina-Sulbactam) y monitoreo en UCI por riesgo de obstrucción de la vía aérea. Tomografía Computarizada confirmó absceso cervical con extensión retrofaríngea y mediastinal. Se realizó cervicotomía exploradora con drenaje del absceso, confirmando *Streptococcus mitis* multisensible en el cultivo. Debido a persistencia de signos inflamatorios, se llevó a cabo drenaje mediastinal por videotoracoscopia, con posterior aseo quirúrgico en múltiples oportunidades. La paciente evolucionó favorablemente, con reducción de la inflamación y tolerancia oral, dada de alta con seguimiento ambulatorio.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y Este caso resalta la importancia del diagnóstico oportuno en atención primaria, especialmente en pacientes con comorbilidades. La rápida progresión desde una infección orofaríngea a mediastinitis evidencia la necesidad de mantener una alta sospecha clínica y educar sobre signos de alarma. La coordinación efectiva entre niveles de atención y la intervención quirúrgica precoz fueron clave para un desenlace favorable.

PALABRAS CLAVE

Absceso Peritonsilar, Infecciones del Tracto Respiratorio Superior, Mediastinitis, *Streptococcus mitis*

**TÍTULO
DEL TRABAJO**

FRACTURA PATOLÓGICA POR MIELOMA MÚLTIPLE IGG KAPPA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE

h) Especialidades (Traumatología)

CATEGORÍA

Caso clínico (cc)

AUTOR

Perez Corpas Cindy (1)

CO-AUTORES	Jaque Montoya Urquiza Zambrano Héctor (1)	González Vergara (1)	Iván Miguel (1)	(2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General APS, CESFAM Santa Laura, El Bosque, Santiago (2) Médico General de Zona, CESFAM Santa Laura, El Bosque, Santiago			
INTRODUCCIÓN	El mieloma múltiple (MM) es una enfermedad limitante, dolorosa e incurable con significativo impacto clínico, social y económico. Entre un 70% y 80% de los pacientes presentan evidencias de patología ósea en el momento del diagnóstico y la mayor parte la padecerán durante la enfermedad. Por ello, el diagnóstico temprano es primordial para su manejo precoz.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 55 años, consulta en atención primaria en salud (APS) por cuadro de más de 1 año de dolor lumbar que irradia a ambos miembros inferiores, asociado a fatiga, sin síntomas B. Se solicita resonancia de columna lumbar con contraste, que evidencia fractura en hueso patológico de cuerpo vertebral L3, secundaria a una lesión subyacente. Se deriva a neurocirugía de nivel secundario, quien plantea cifoplastia más biopsia de la lesión, finalmente evaluada por traumatólogo de columna, quien realiza procedimiento, y toma biopsia por sospecha de MM, realizan estudio hematológico en el que se destaca: Inmunofijación suero (+) IgG kappa. Cadenas ligeras libres: kappa 388, IgG 4512. Estudio médula ósea (MO): mielograma extenso infiltrado plasmocitos 100%. Se confirma MM IgG kappa, se procede a iniciar quimioterapia. Responde con buena tolerancia, se evalúa por comité asesor, con indicación de trasplante de progenitores hematopoyéticos, y trasplante de MO como resolución definitiva.			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El diagnóstico oportuno en APS es fundamental para el manejo de estos pacientes. La intervención precoz con cifoplastia y/o vertebroplastia percutáneas reduce rápidamente el dolor y la morbilidad, mejorando la calidad de vida. Estos procedimientos son tratamientos de referencia para restaurar la altura del cuerpo vertebral y reducir el ángulo de cifosis por compresión multinivel. La esperanza y calidad de vida de los pacientes con MM ha mejorado con los años, por lo que la perspectiva de los profesionales de la salud también debe evolucionar, reconociendo la importancia de tratar fracturas vertebrales a tiempo.			
PALABRAS CLAVE	Cifoplastia, Fractura patológica, Mieloma múltiple			
TÍTULO DEL TRABAJO	MIOPATÍA DIABÉTICA COMO MANIFESTACIÓN DE COMPLICACIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 1. REPORTE DE UN CASO:			

CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Tarziján Navarro Sofía (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona. CESFAM La Granja, La Granja
INTRODUCCIÓN	La miopatía diabética es una complicación debido a un mal control metabólico descrita tanto en diabetes mellitus (DM) tipo 1 como 2. Dentro de sus consecuencias conlleva debilidad, fatiga muscular y menor sensibilidad a la insulina en el tejido muscular lo que dificulta alcanzar un buen control metabólico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Acude a morbilidad un hombre de 43 años con antecedente de DM tipo 1 de 6 años de evolución con mal control metabólico de larga data, retinopatía diabética, neuropatía diabética y nefropatía diabética. Presentaba un cuadro de 1 mes de evolución de dolor en la cara interna del muslo derecho con aumento de volumen en la zona y debilidad en musculatura proximal de extremidades inferiores. Al examen físico presentaba fatigabilidad al explorar fuerza de extremidades inferiores y aumento de volumen en muslo. Se realiza resonancia magnética (RM) que muestra cambios inflamatorios fasciculares del músculo poplíteo, sartorio, bíceps femoral, vasto medial y lateral de dicha extremidad, compatibles con miopatía inflamatoria. Se solicita a paciente estudio tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis que descarta proceso neoplásico concomitante, además de panel de miopatías inflamatorias que resultó negativo, al igual que el resto de serología autoinmune. Durante su evolución no presentó elevación de creatina kinasa ni parámetros inflamatorios. Se decide manejo expectante del cuadro y se realizó RM 6 semanas después que arrojó edema macular difuso del compartimiento anterior del muslo. El paciente evolucionó con regresión total de la sintomatología pese a no recibir tratamiento con corticoides o inmunosupresores. Se concluye que el cuadro corresponde a miopatía diabética tras descarte de etiología neoplásica, infecciosa y autoinmune.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Se debe sospechar miopatía diabética en pacientes diabéticos con mal control metabólico después de descartar otras patologías que provocan mialgias como miopatías inflamatorias y neoplasias. En estos pacientes se debe fomentar el control metabólico y actividad física.
PALABRAS CLAVE	Diabetes Mellitus Tipo 1, Mialgia, Neuropatías Diabéticas

TÍTULO TRABAJO	DEL	IMPORTANCIA DE INICIO DE TERAPIA ANTIBIÓTICA OPORTUNA, A PROPÓSITO DE UN CASO:			
Clase		Caso Clínico (CC)			
CATEGORÍA		h) Especialidades (otorrinolaringología)			
AUTOR		Mellado Riquelme Carol (1)			
CO-AUTORES		Bezama	Gattas	Felipe	(2)
		Do	Valle	Monken	(1)
		Schulten Solimano Katia (1)			
AFILIACIÓN		(1) Médica General de Zona, CESFAM Dr. Juan Cartes Arias, Lota. (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Sergio Lagos Olave, Lota.			
INTRODUCCIÓN		La antibioterapia (ATB) actualmente es centro de discusión por su uso indiscriminado y los altos porcentajes de resistencia. Sin embargo, en casos donde se requiere su uso y no se realiza de forma oportuna, las complicaciones y la morbimortalidad asociadas puede aumentar significativamente, incluso llevando a la muerte, jugando un rol clave la evaluación médica y la correcta educación a la población sobre su uso.			
PRESENTACIÓN DEL CASO		Paciente femenina de 13 años, sin antecedentes médicos, consultó en Urgencias por presentar odinofagia y cervicgia, donde le diagnosticaron amigdalitis aguda bacteriana. Se inició tratamiento con analgesia y Amoxicilina/Acido Clavulánico y fue dada de alta. Por recomendación de familiar, madre decidió no administrar ATB. A los 3 días evolucionó con aumento de dolor, por lo que reconsultó en urgencias, objetivándose masa en tercio superior región cervical anterior, indurada, no móvil, muy sensible, sin trismus. Se solicitó Tomografía Computarizada (TC) de cuello, que informó "hallazgos sugerentes absceso prevertebral cervical proximal izquierdo, asociado a compromiso inflamatorio-infeccioso cervical, que pudiera extenderse a mediastino" y TC Tórax con "visualización parcial de cambios inflamatorio del opérculo amigdalectomía izquierda en pabellón. El TC de control a las 48 horas mostró persistencia de colección, por lo que se realizó nuevo drenaje transoral. Evolucionó favorablemente, parámetros inflamatorios en descenso, se decidió traslape oral y alta con control ambulatorio.			
DISCUSIÓN CONCLUSIONES	Y	Cuando existe sospecha clara de infección bacteriana, se debe iniciar ATB de forma oportuna, educando al paciente y/o familiar sobre su utilización. Si bien los profesionales debieran ser criteriosos, no deben dejar de indicarse			

cuando

corresponda, para disminuir el riesgo de complicaciones y morbilidad asociada. Lo anterior, debe acompañarse de educación al paciente, para evitar casos como el indicado, donde a pesar de estar indicado no fue administrado, llevando al desenlace previamente descrito.

PALABRAS CLAVE	Antibacterianos, Tonsilitis, Absceso Peritonsilar			
TÍTULO DEL TRABAJO	ERUPCIÓN FIJA MEDICAMENTOSA GENERALIZADA AMPOLLAR, DEBIDO A CLONIXINATO DE LISINA:			
CLASE	Caso clínico (cc)			
CATEGORÍA	h) Especialidades (Dermatología)			
AUTOR	Navarro Sáez Isidora (1)			
CO-AUTORES	Do	Valle	Monken	Luiza (1)
	Bezama		Gattas	Felipe (2)
	Chahuán Miranda Marcos (3)			
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, CESFAM Dr. Juan Cartes Arias, Lota. (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Sergio Lagos Olave, Lota. (3) Dermatólogo, Hospital El Pino, Santiago.			
INTRODUCCIÓN	La erupción fija medicamentosa generalizada ampollar es una reacción adversa a medicamentos (RAM) de tipo cutánea, y es una variante rara de la erupción fija pigmentada. Se manifiesta con ampollas generalizadas y erosiones, caracterizada por una o múltiples placas eritematosas debido a la exposición sistémica a un fármaco. Las lesiones pueden localizarse en al menos tres sitios anatómicos, incluyendo cabeza, cuello, tronco, extremidades superiores e inferiores y genitales. Las erupciones están separadas por regiones de piel sana y la mayoría de los pacientes experimentan desprendimiento de menos del 10% de la superficie cutánea. Dentro de los diagnósticos diferenciales destacan el síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de sexo masculino de 59 años con antecedentes de dermatosis ampollar de etiología desconocida, es hospitalizado por nuevo cuadro de fiebre y aparición múltiples bulas de contenido serohemático en dorso de pies y manos, antebrazos, pliegues axilares, cervical e inguinales con erosiones por destechamiento, "nikolsky" (-) y en mucosa oral erosiones y costras hemorrágicas. Se realiza biopsia de lesiones previo a consentimiento informado, confirmando sospecha			

clínica de una RAM a clonixinato de lisina, diagnosticando una erupción fija medicamentosa generalizada ampollar. Paciente evoluciona satisfactoriamente al suspender fármaco y con el uso de corticoides sistémicos, por lo que se decide alta con seguimiento en policlínico de dermatología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El diagnóstico de la erupción fija medicamentosa generalizada ampollar se establece clínicamente y considera la secuencia temporal entre la exposición al fármaco y la aparición de las lesiones, la extensión y características de estas, y la respuesta favorable a la suspensión del fármaco sospechoso. Por lo general tiene una evolución favorable y benigna. Asimismo, ante la presencia de lesiones ampollares, se debe considerar este diagnóstico dentro de las posibles etiologías, permitiendo así una intervención temprana y la prevención de futuras exposiciones al fármaco desencadenante.

PALABRAS CLAVE Ampolla, erupción, reacción adversa.

TÍTULO DEL TRABAJO MÁS ALLÁ DE LA INSUFICIENCIA VENOSA. SÍFILIS TERCIARIA COMO CAUSA DE ÚLCERA CRÓNICA:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA h) Dermatología

AUTOR Zagal Córdova Boris (1)

CO-AUTORES Pino Quezada Ignacio (1), Jara Piñones Victoria (2), Jara Piñones Catalina (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Dr Arturo Baeza Goñi, Santiago
(2) Médica General de Zona, Centro de Salud Familiar Vista Hermosa, Santiago
(3) Alumna de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

INTRODUCCIÓN La sífilis terciaria es una manifestación poco frecuente de infección por *Treponema pallidum*, que puede presentarse con lesiones destructivas denominadas gomas sifilíticas. Estas lesiones, en pacientes con factores sociales de riesgo y úlceras crónicas, pueden ser subdiagnosticadas o confundidas con otras etiologías, como insuficiencia venosa o úlceras neoplásicas.

PRESENTACIÓN DEL CASO Varón de 84 años, en situación de dependencia severa y con antecedentes médicos desconocidos, consultó por úlceras crónicas en

extremidades inferiores de evolución indeterminada. Vivía en situación de calle en Bolivia hasta 2023 y posteriormente fue institucionalizado. Fue trasladado a Chile y quedó bajo cuidado de su hijo por orden judicial. Se documentó antecedente de curaciones por úlceras varicosas con infección por *Pseudomonas aeruginosa*, sin estudios de imágenes vasculares. Al examen destacaban úlceras profundas, dolorosas y de bordes irregulares. Se evidenció examen VDRL reactivo 1:8, anemia normocítica normocrómica regenerativa, trombocitopenia leve y velocidad de sedimentación globular elevada. Ante la sospecha de sífilis terciaria, fue derivado a dermatología en hospital de referencia, donde se confirmó el diagnóstico mediante pruebas treponémicas. Se indicó tratamiento con penicilina benzatina, observándose mejoría clínica progresiva.

DISCUSIÓN
CONCLUSIONES

Y Este caso resalta la necesidad de considerar sífilis terciaria en el diagnóstico diferencial de úlceras atípicas en pacientes con vulnerabilidad social y antecedentes médicos poco claros. El uso adecuado de pruebas serológicas en atención primaria puede ser clave para evitar retrasos diagnósticos. La coordinación con el nivel secundario permitió confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento oportuno, con buena evolución clínica.

TÍTULO
TRABAJO

DEL MÁS ALLÁ QUE UNA PLACA EN LA PIEL. ESCLEROSIS CUTÁNEA LOCALIZADA COMO DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA:

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria de Salud, Enfermedades de la Piel, Úlcera Cutánea, Sífilis Cutánea

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA	h) Dermatología
AUTOR	Zagal Córdova Boris(1)
CO-AUTORES	Pino Quezada Ignacio (1), Jara Piñones Victoria (2), Jara Piñones Catalina (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Dr Arturo Baeza Goñi, Santiago (2) Médica General de Zona, Centro de Salud Familiar Vista Hermosa, Santiago (3) Alumna de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.
INTRODUCCIÓN	La esclerosis cutánea localizada, también conocida como morfea, es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida, caracterizada por fibrosis progresiva de la piel y tejido subcutáneo, sin compromiso visceral. Puede adoptar diversas formas clínicas y, en etapas iniciales, simular patologías frecuentes como celulitis o dermatitis, dificultando su reconocimiento en atención primaria.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 59 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, consultó por una lesión progresiva en cara anterior de pierna derecha, de cuatro meses de evolución, inicialmente dolorosa, eritematosa y edematosa, interpretada como celulitis y tratada con distintos esquemas antibióticos y corticoides tópicos sin respuesta. Se realizaron estudios que descartaron trombosis venosa profunda, insuficiencia venosa y compromiso neuromuscular. La lesión evolucionó hacia induración progresiva con atrofia muscular asociada. Al examen físico destacaba placa esclerótica, brillante, con hiperpigmentación y dolor a la palpación. Se sospechó morfea y se derivó a dermatología, donde se indicó biopsia cutánea y se inició tratamiento inmunosupresor con micofenolato. La evolución clínica fue favorable, con detención de la progresión a los tres meses. Se obtuvo consentimiento informado para los procedimientos y el tratamiento.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso destaca la importancia de considerar etiologías autoinmunes en lesiones cutáneas crónicas refractarias. La morfea, aunque infrecuente, debe sospecharse ante placas atróficas, firmes e hiperpigmentadas que no responden a terapia convencional. La atención primaria cumple un rol esencial en su pesquisa precoz, lo que permite iniciar tratamiento oportuno y prevenir secuelas funcionales.

Un enfoque clínico ordenado y la coordinación efectiva con el nivel secundario son claves para un mejor pronóstico.

PALABRAS CLAVE Enfermedades Autoinmunes, Esclerosis Sistémica, Trastornos del Tejido Conectivo

TÍTULO DEL TRABAJO MÁS ALLÁ DEL ROSTRO, PITIRIASIS ALBA CON DISTRIBUCIÓN EXTENSA:

CLASE Caso Clínico (CC).

CATEGORÍA h) Especialidades: Dermatología

AUTOR Valenzuela Mena Natalia Yolanda (1)

CO-AUTORES Leiva Huerta Christian Nicolás (2)

AFILIACIÓN (1) Médica General, Centro Médico y Dental RedSalud Alameda, Santiago (2) Médico General de Zona, Centro de atención Familiar La Florida, La Florida

INTRODUCCIÓN La pitiriasis alba es una dermatosis inflamatoria benigna y autolimitada que afecta principalmente a niños y adolescentes. Se manifiesta como máculas hipopigmentadas mal delimitadas, finamente descamativas, comúnmente localizadas en el rostro, aunque también puede comprometer tronco y extremidades. Su etiología no está completamente esclarecida, pero se asocia a xerosis cutánea, exposición solar y antecedentes de dermatitis atópica. Aunque su curso es benigno, puede ser motivo de preocupación estética y confusión diagnóstica con otras hipopigmentaciones. Este caso clínico tiene como objetivo describir una presentación extensa de pitiriasis alba, resaltando la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de hipopigmentaciones generalizadas.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 11 años, sin antecedente mórbidos, consultó por lesiones hipocrómicas de siete meses de evolución, inicialmente localizadas en brazos y espalda, que progresaron a glúteos, piernas y rostro. Presentaba prurito escaso ocasional. Al examen físico se observaron máculas hipopigmentadas de formas y tamaños variados, distribuidas de forma extensa en rostro, abdomen, espalda, brazos, glúteos, muslos y piernas. Algunas presentaban descamación furfurácea.

Se planteó inicialmente el diagnóstico de pitiriasis versicolor,

indicándose tratamiento con fluconazol oral y shampoo con ketoconazol, sin lograrse mejoría clínica. Posteriormente, mediante teledermatología, se confirmó el diagnóstico de pitiriasis alba extensa. Se obtuvo consentimiento informado del tutor legal para la publicación del caso clínico.

DISCUSIÓN	Y	Si bien la pitiriasis alba suele asociarse al rostro, pueden presentarse formas extensas menos conocidas que generan confusión diagnóstica. En este caso, la distribución amplia y la descamación motivaron inicialmente el diagnóstico de pitiriasis versicolor, entidad que también genera máculas hipopigmentadas y suele tener distribución extensa.		
CONCLUSIONES		Este caso resalta la importancia de reconocer formas atípicas de enfermedades frecuentes para brindar un manejo adecuado desde atención primaria de salud. El conocimiento clínico y las herramientas como teledermatología pueden ser clave en contextos donde el acceso a especialistas es limitado.		
PALABRAS CLAVE		Dermatosis, Hipopigmentación, Pitiriasis.		
TÍTULO DEL TRABAJO		NAVEGANDO ENTRE LAS SOMBRAS: NEOPLASIA LINFOPROLIFERATIVA CON TRANSFORMACIÓN HISTOLÓGICA POCO FRECUENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO:		
CLASE		Medicina Interna		
CATEGORÍA		Caso clínico (cc)		
AUTOR		León Marchant Andrés (1)		
CO-AUTORES		Bugueño	Sierra	Antonia (1)
		Schade	Villagran	Catalina (1)
		Bertin Villegas Fernanda (2)		
AFILIACIÓN		(1) Médico General de Zona, Hospital de la Familia y Comunidad de Yumbel, Yumbel		
		(2) Médico Cirujano, Hospital de la Familia y Comunidad de Yumbel, Yumbel		
INTRODUCCIÓN		Dentro de los Linfomas No Hodgkin (LNH), el Linfoma del Manto (LM) es infrecuente, representando el 7% del total. Tal como el linfoma difuso de células grandes B (LDCGB), es una enfermedad agresiva que no suele transformarse en otra entidad. A continuación, se discutirá un síndrome linfoproliferativo (SLP) cuyo estudio evidencia un LNH con una transformación histológica infrecuente.		

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Femenina de 76 años con antecedentes de dislipidemia presenta tres consultas por 20 días de congestión nasal, odinofagia, tos productiva mucopurulenta, aumento de volumen cervical izquierdo, sin fiebre, sudoración nocturna ni baja de peso. Al examen físico: faringe sana, tonsila faríngea izquierda aumentada de tamaño, sin abscedación parafaríngea. Se realiza estudio de tuberculosis negativo y ecografía cervical normal. Dada evolución tórpida se deriva a otorrinolaringología, y se solicita tomografía computada cervical que evidencia múltiples adenopatías, engrosamiento de mucosa retrofaríngea, sugerente de SLP. Se realiza biopsia compatible con LM. Se ingresa a quimioterapia (QMT), completando 6 ciclos de R-CHOP, logrando remisión. Presenta recaída el tercer año, se indica biopsia de mucosa oral diagnosticando LDCGB, completa 6 ciclos de R-Bendamustina y R-COP. Dada sospecha de transformación histológica de neoplasia hemato - oncológica (HO) primaria versus segunda enfermedad concomitante, se presenta a comité oncológica. Evoluciona con complicaciones locales (fenómenos trombóticos, úlceras venosas sobreinfectadas) y sistémicas (neutropenia febril, diseminación infradiafragmática), las cuales contraindican QMT intensiva. Ingresa al servicio de urgencias local en insuficiencia respiratoria por neumonía, conduciendo a su deceso.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y El fenómeno inmunobiológico de transformación histológica ocurre en escenarios ampliamente descritos, como la transformación de Richter, en la cual una enfermedad HO de fenotipo indolente puede transformarse a un LNH de rápido crecimiento como el LDCGB. Es llamativa la presencia de una transformación no clásica de una entidad HO agresiva en otra, complicando así la adecuada respuesta a QMT en el caso discutido.

PALABRAS CLAVE

Linfoma, Síndrome Linfoproliferativo, Transformación Histológica.

**TÍTULO
DEL TRABAJO**

NECROSIS CUTÁNEA INDUCIDA POR HEPARINA EN PACIENTE ADULTO MAYOR, REPORTE DE UN CASO:

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA

b) Medicina Interna

AUTOR

Zivkovic Zencovich Ivo (1)

CO-AUTORES

Jury Salinas Catalina (2)

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Dr. Arturo Hillerns Larrañaga, Puerto Saavedra. (2) Médico General de Zona, CESFAM Lorenzo Arenas, Concepción, Chile.
INTRODUCCIÓN	La necrosis cutánea inducida por heparina es una reacción adversa infrecuente pero potencialmente grave, caracterizada por lesiones cutáneas dolorosas y necróticas en sitios de inyección subcutánea de heparina. Su patogenia puede ser inmunomediada o por daño endotelial directo, sin asociarse necesariamente a trombocitopenia. Se presenta un caso observado y diagnosticado en el Hospital de Puerto Saavedra, con características clínicas sugerentes y evolución compatible con esta entidad.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 73 años, con antecedentes de hipotiroidismo y artrosis, consulta por aparición de lesiones cutáneas dolorosas en pared abdominal y brazo izquierdo, 10 días posteriores a previa hospitalización por neumonía, durante la cual recibió heparina subcutánea en sitios anatómicos mencionados como tromboprofilaxis. Al examen físico se observan placas necróticas de gran extensión (>20 cm en abdomen y 5x10 cm en brazo), dolorosas a la palpación, con desprendimiento de tejido desvitalizado. El paciente se encontraba afebril, hemodinámicamente estable y sin signos de compromiso sistémico. Se realiza debridamiento inicial por enfermería y se inicia antibioterapia empírica con penicilina sódica y cloxacilina. Los exámenes de laboratorio destacan anemia severa (Hemoglobina 5.8 g/dL), leucocitosis con desviación izquierda, elevación de proteína C reactiva y lactato deshidrogenasa. Se inicia estudio, con posterior derivación a cirugía para aseo quirúrgico. Las lesiones necróticas remitieron posterior a 1 mes de curaciones avanzadas y múltiples aseos quirúrgicos.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La necrosis cutánea inducida por heparina debe sospecharse frente a lesiones necróticas dolorosas en sitios de inyección reciente, especialmente en pacientes de edad avanzada o con comorbilidades. El diagnóstico es clínico y debe motivar la suspensión inmediata del fármaco. En este caso, la aparición tardía, la extensión y la topografía de las lesiones orientan a una reacción adversa local severa. Este caso aporta evidencia desde un contexto rural de baja resolutivez, destacando la importancia del reconocimiento precoz de reacciones adversas graves en la atención primaria.
PALABRAS CLAVE	Heparina, Necrosis, Piel

TÍTULO TRABAJO	DEL NO UNIÓN DE FRACTURA DIAFISARIA DE CUBITO REPARADO CON INJERTO ÓSEO DE CRESTA ILIACA
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	Especialidades (Traumatología)
AUTOR	Quiroga Ferreira Felipe (1)
CO-AUTORES	Saavedra Opazo Joaquín (2), Ramírez Flores Javiera (3), Ramirez Flores Benjamín (4)
AFILIACIÓN	(1) Medico General de Zona, Hospital de Huépil, Tucapel (2) Medico General de Zona, Cesfam Ñipas, Ránquil (3) Medico General de Zona, Hospital de Huépil, Tucapel (4) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción
INTRODUCCIÓN	La fractura de cúbito es una lesión común que se trata con cirugía mediante osteosíntesis, con una alta tasa de recuperación. Sin embargo, en algunos casos, pueden surgir complicaciones postoperatorias como la no unión, donde el hueso no consolida tras el tratamiento. Las causas de la no unión pueden ser sépticas, debido a infecciones, o asépticas, relacionadas con características del paciente o del material utilizado en la cirugía. Los síntomas incluyen dolor, inestabilidad y deterioro funcional del brazo.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta el caso de una mujer de 30 años, sin antecedentes médicos relevantes, que sufrió una contusión en el antebrazo resultando en una fractura desplazada de la diáfisis del cúbito izquierdo. Se realizó una cirugía diferida a los 10 días con una placa de 7 orificios. A pesar de controles radiográficos mensuales, se observó un retraso en la consolidación, y la paciente no asistió a controles hasta 2023, cuando presentó dolor intermitente y disminución de funcionalidad en el brazo. Un TAC reveló no unión, por lo que se programó una nueva cirugía con aloinjerto de cresta iliaca. Se retiró el tejido exuberante y la placa anterior, y se colocó un injerto tricortical de la cresta iliaca derecha, fijado con una nueva placa de 9 orificios. Tras seis meses de controles radiográficos y kinesioterapia, la paciente logró una adecuada consolidación, sin dolor, y pudo retomar sus actividades laborales.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La no unión de cúbito es una complicación relativamente frecuente, y el manejo adecuado es crucial para restaurar la funcionalidad del área afectada. El uso de autoinjertos, especialmente de la cresta iliaca, es preferido por su capacidad osteoinductiva, osteoconductora y

osteogénica, lo que reduce complicaciones y favorece la consolidación, mejorando así la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE	Cubito, Fractura, Injerto
TÍTULO DEL TRABAJO	NEGACIÓN PSICÓTICA DEL EMBARAZO EN USUARIA CON ESQUIZOFRENIA CRÓNICA SIN TRATAMIENTO, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	H) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	Zambrano Rey Andrea (1)
CO-AUTORES	Zambrano Godoy Francisca (2) Palet Correa Esteban (3) Verdugo Mansilla Renata (4)
AFILIACIÓN	(1) Medico General de Zona, Centro de salud Familiar Rio Negro Hornopiren, Hualaihue, Chile. (2) Medico General de Zona, Centro de salud Familiar Rio Negro Hornopiren, Hualaihue, Chile. (3) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Conunhueno, Padre las Casas, Chile. (4) Estudiante de Medicina Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile.
INTRODUCCIÓN	La negación del embarazo es un fenómeno poco común y potencialmente peligroso, definido como la imposibilidad de reconocer o aceptar un embarazo mayor o igual a 20 semanas. Se asocia a mayores tasas de parto prematuro, óbito fetal y neonatos pequeños para la edad gestacional. Los niños además presentan mayor riesgo de trastornos del lenguaje y de ingreso a un sistema de acogida. Puede ser dividida en psicótica y no psicótica dependiendo de actitud hacia embarazo, edad, contexto psicosocial y enfermedades mentales subyacentes.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina, 32 años, sin antecedentes. Consulta en Urgencias por sangrado uterino de 3 días, emesis y dolor en hemiabdomen inferior. Ecografía abdominal evidencia óbito fetal y desprendimiento prematuro de placenta, por lo que se realiza cesárea de urgencia y se inicia antibioticoterapia endovenosa. Durante la hospitalización se pesquisan alteración del juicio de realidad, solicitando evaluación por psiquiatría. Destaca lenguaje elocuente con pararrespuestas y diminutivos. Pensamiento estructurado, contenido con ideas

delirantes paranoides de “implantación de masa abdominal por vecinos” y de referencia. Juicio de realidad psicótico. Insight nulo. Se inicia tratamiento con Olanzapina, descartando causas orgánicas de psicosis

Posteriormente se realiza traslape a Risperidona intramuscular respondiendo favorablemente, con ajuste conductual y encapsulamiento de delirios, por lo que decide alta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La negación del embarazo es una condición infrecuente y poco conocida por los profesionales sanitarios. Esta condición aumenta significativamente el riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales.

Resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha en pacientes con alteraciones del juicio de realidad en el contexto obstétrico.

Debido a que este diagnóstico engloba una heterogeneidad de trastornos de salud mental y fenómenos psicosociales, los tratamientos deberán ser evaluados caso a caso por equipos interdisciplinarios.

PALABRAS CLAVE

Embarazo, Esquizofrenia, Óbito fetal

TÍTULO DEL TRABAJO

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE, MÁS QUE SOLO UNA NEUMONÍA ATÍPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA

b) Medicina interna

AUTOR

Limidoro Pérez Benjamín

CO-AUTORES

Olguín Aravena Cristóbal (2), Podlech Merino Antonio (3)

AFILIACIÓN

(1) Médico general de Zona, CESFAM Quebrada Verde, Valparaíso (2) Médico general de Zona, CESFAM Quebrada Verde, Valparaíso (3) Médico general de Zona, CESFAM Victoria, Victoria

INTRODUCCIÓN

Entre las neumonías adquiridas en la comunidad encontramos las atípicas cuyo microorganismo más frecuente corresponde al *Mycoplasma pneumoniae*. Generalmente se presenta con síntomas leves persistente y autolimitados, aunque en algunos casos puede evolucionar severamente con insuficiencia respiratoria aguda e hipoxia incluso en pacientes inmunocompetentes. El siguiente caso trata sobre un paciente con disnea progresiva que evoluciona hacia

insuficiencia respiratoria y requerimiento de O₂, secundario a neumonía multilobar logrando aislar *M. pneumoniae*.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente femenina, 26 años, antecedentes de colon irritable, bruxismo, en tratamiento farmacológico, refiere cuadro de 1 semana de evolución de tos, odinofagia, congestión nasal y sensación febril, por lo que consulta hace 3 días ambulatoriamente diagnosticando neumonía tratada con Amoxicilina/ácido clavulánico sin respuesta, persistiendo febril hasta 39.1°C e inicio de disnea hasta mínimos esfuerzos por lo que consulta en Servicio de Urgencia. A la evaluación con signos de hipoperfusión, taquipneica, murmullo pulmonar disminuido global y crépitos mayores a derecha. Se realizan exámenes complementarios que demuestran neumonía multifocal con requerimiento de oxígeno y elevación de transaminasas por lo que se decide hospitalización en unidad intermedia para su manejo, logrando aislar *Mycoplasma pneumoniae* en Film Array. Se indica tratamiento con levofloxacino con buena respuesta y se realiza estudio de inmunodeficiencia con resultado normal. Se logra destete del oxígeno a los 6 días, indicando alta, finalizar estudio y continuar tratamiento ambulatorio.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y A pesar de que de las presentaciones severas de neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* son relativamente raras, se debe considerar como un posible diagnóstico diferencial en estos casos sobre todo en aquellos pacientes refractarios a tratamiento inicial de neumonía típica y recordando que en estos casos se debe controlar con radiografía por el riesgo de complicación. Estas infecciones pueden generar otras alteraciones como elevación de transaminasas, aun así, es importante realizar un adecuado descarte de causas secundarias e inmunocompetencia.

PALABRAS CLAVE

Neumonía atípica, Insuficiencia respiratoria aguda, *Mycoplasma pneumoniae*, Disnea

**TÍTULO
TRABAJO**

DEL OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO MUCOCELE APENDICULAR, UNA CAJA DE PANDORA:

CLASE

Caso clínico (CC)

CATEGORÍA

d) Cirugía

AUTOR

Hernández Guajardo Pablo (1)

CO-AUTORES

Astroza Suárez Sebastián (2), Pereira Da Silva Vallejos Nicolás (3), Páez Gómez Diego (4)

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CECOSF Cogoti 18, Combarbalá (2) Médico General de Zona, CESFAM Alberto Ghyra Soto, Quillón (3) Médico General de Zona, CESFAM Los Álamos, Los Álamos (4) Cirujano General, Hospital Regional de Talca, Talca
INTRODUCCIÓN	La apendicitis aguda es una patología quirúrgica frecuente en urgencias, por lo mismo, no es extraño el diagnóstico en un paciente joven con dolor abdominal en fosa iliaca derecha (FID). Sin embargo, en pacientes longevos el espectro de diferenciales se acrecienta, siendo más frecuente la patología tumoral asociada a signos de obstrucción. El mucocoele apendicular (MA), descrito por Rokitansky, es una entidad poco frecuente en donde hay excesiva producción de moco hacia la luz apendicular, con una incidencia de un 0.3%, lo que representa un desafío diagnóstico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente 78 años, masculino, con antecedente de epilepsia, consultó por cuadro de 3 días de evolución de vómitos, distensión abdominal y ausencia de deposiciones. Al ingreso taquicárdico, exámenes con leucocitosis 18.670mm ³ , creatinina 2.19 mg/dL, proteína C reactiva 76 mg/L. Tomografía computada de abdomen y pelvis con hallazgos de obstrucción intestinal, cambios de calibre en FID a nivel de íleon distal. Se decidió laparotomía con hallazgos de dilatación de asa delgada desde asa fija hasta 270 cm, asociado a bridas, con cambio de coloración violáceas y tumor de apéndice cecal. Se realizó hemicolectomía derecha (HCD) con ileostomía terminal en flanco derecho y apertura de pieza tumoral evidenciando MA.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La resolución de esta patología es sin duda quirúrgica, sin embargo, es discutible el abordaje de ella. Una de las complicaciones más temidas corresponde al pseudomixoma peritoneal, por lo que se plantea que un abordaje abierto resulta en mayores precauciones al momento de la manipulación, así como también mayor contacto con la tumoración y su extensión, para complementar con una HCD y definir así su origen. En conclusión, el MA es una patología de baja incidencia, de resolución quirúrgica, en donde resultará ser el abordaje abierto, la técnica más segura para evitar complicaciones en el intra y postoperatorio.
PALABRAS CLAVE	Apéndice, Mucocoele, Obstrucción intestinal.
TÍTULO DEL TRABAJO	OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ENDOMETRIOSIS EN MUJER JOVEN, PRESENTACIÓN INFRECUENTE EN URGENCIA GENERAL:
CLASE	Caso clínico (cc)

CATEGORÍA	b) Cirugía
AUTOR	De Oliveira Gardella Rodrigo (1)
CO-AUTORES	Ortiz Lara Oscar (2) , Donoso Araya Joaquín (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Mario Sánchez Vergara, La Calera (2) Médico General de Zona, San Agustín de La Ligua, La Ligua (3) Médico General, Hospital de Quilpué, Quilpué
INTRODUCCIÓN	La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera del útero. Aunque su manifestación típica es el dolor pélvico crónico y la dismenorrea, en casos raros puede comprometer el tracto gastrointestinal. Esta forma extrapelviana puede simular cuadros abdominales agudos, como obstrucción intestinal, desafiando el diagnóstico inicial en contextos de urgencia.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 27 años sin antecedentes médicos relevantes consulta por dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos y ausencia de deposiciones en las últimas 48 horas. Ingresa normotensa, febril (37,9 °C), con signos de deshidratación y distensión abdominal marcada. A la palpación, presenta defensa abdominal sin peritonismo. Se solicita tomografía computada de abdomen y pelvis, la cual revela dilatación de asas delgadas con transición brusca a nivel de íleon distal. Dado el cuadro obstructivo, se decide traslado a hospital de mayor complejidad. En cirugía exploratoria se identifica una masa estenosante a nivel del íleon, realizándose resección segmentaria con buena evolución postoperatoria. Posteriormente, la biopsia confirmó endometriosis intestinal.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La endometriosis intestinal representa una forma atípica de presentación, especialmente en mujeres jóvenes sin antecedentes ginecológicos conocidos. La obstrucción intestinal es una complicación poco común, pero potencialmente grave. Su diagnóstico suele ser tardío debido a su baja sospecha clínica en escenarios no ginecológicos. La imagenología es clave para orientar el diagnóstico, aunque el hallazgo definitivo se da comúnmente en el acto quirúrgico. Este caso subraya la importancia de considerar endometriosis en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo obstructivo en mujeres en edad fértil, incluso sin antecedentes claros. Una anamnesis detallada, junto con la sospecha clínica adecuada, puede facilitar un abordaje oportuno y evitar complicaciones mayores.

PALABRAS CLAVE	Abdomen Agudo, Endometriosis, Obstrucción intestinal, Salud de la Mujer
TÍTULO DEL TRABAJO	OPCIONES TERAPÉUTICAS EN PACIENTE CON BLEFAROSPASMO CRÓNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Oftalmología
AUTOR	Salas Verdugo Miguel (1)
CO-AUTORES	Troncoso Catalán Ignacio (1) Pizarro Pérez Eduardo (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cesfam Rosario, Rengo
INTRODUCCIÓN	El blefarospasmo corresponde al parpadeo u otro movimiento anormal de los músculos del párpado, de manera involuntaria. El blefarospasmo crónico es generalmente idiopático, sin embargo se han descrito causas como compresión de nervio facial, tumores de ángulo pontocerebeloso, anormalidades óseas, lesiones vasculares o causa psicógena; de carácter benigno, con duración variable de días a años. Entre las opciones terapéuticas encontramos fármacos como clonazepam, carbamazepina, fenitoína, gabapentina, baclofeno y levetiracetam; así como microcirugía y toxina botulínica. A continuación se presenta un caso clínico, en donde se podrá apreciar la necesidad de uso de múltiples esquemas terapéuticos, hasta encontrar tratamiento óptimo a patología, en contexto de paciente con blefarospasmo crónico que genera alteración de su salud mental.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 50 años con antecedente de hipertensión arterial, quien presenta cuadro clínico de 1 año de evolución de sensación de movimientos involuntarios en párpados del ojo derecho; evaluada por médico neurólogo quien indica ciclobenzaprina y clotiazepam, solicita electroencefalograma que impresiona dentro de parámetros normales y tomografía computarizada de cerebro que impresiona sin hallazgos patológicos. Consulta a médico general debido a mantener blefarospasmo, generando sintomatología ansiosa; inicia alprazolam 0,5 mg cada día y carbamazepina 200 mg cada día. Un mes después continúa con misma sintomatología, derivando con médico oftalmólogo. Especialista realiza aplicación intradérmica gradual de 50 unidades internacionales de toxina botulínica durante una semana, con cese del blefarospasmo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El blefarospasmo crónico es una patología que debería ser estudiada, a pesar de que sea principalmente idiopática y benigna. Es una patología que genera una incapacidad social y que se ha reportado que empeora con el tiempo. El tratamiento con fármacos orales ha demostrado tener un pobre alivio sintomático, siendo la toxina botulínica el tratamiento de elección por sobre la microcirugía, sin embargo presentando efectos adversos como ptosis, parálisis facial y diplopía.
PALABRAS CLAVE	Blefarospasmo, Parpadeo, Toxinas Botulínicas Tipo A
TÍTULO DEL TRABAJO	OSTEOCONDROMA ESPINAL, REPORTE DE CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	H) Traumatología
AUTOR	Oyarzun Alvarado Fernanda (1)
CO-AUTORES	Cárdenas Bahamonde Javiera (2), Garrido Tapia Sebastián (3), Triviño Borja Florencia (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cesfam Quellón, Quellón, Chile (2) Médico, Cesfam Quellón, Quellón, Chile (3) Médico General de Zona, Cesfam Quellón, Quellón, Chile (4) Médico General de Zona, Cesfam Quellón, Quellón, Chile
INTRODUCCIÓN	El osteocondroma es un tumor osteocartilaginoso benigno. Aunque es el tumor óseo más frecuente, el compromiso espinal es raro. Menos del 3% de los osteocondromas comprometen la columna vertebral, siendo más frecuente en la vértebra C2. La manifestación principal es el dolor y las manifestaciones neurológicas son poco frecuentes, puesto que las lesiones suelen crecer fuera del conducto medular.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 28 años, sin antecedentes mórbidos de relevancia, realiza ejercicios de fuerza en gimnasio, consulta por cuadro de 2 meses de evolución de aumento de volumen en columna vertebral, de crecimiento progresivo, leve dolor al apoyo y al realizar ejercicios de impacto. Niega trauma reciente, parestesias, disminución de fuerza, fiebre, pérdida de peso, astenia. Al examen físico destaca: aumento de volumen en columna dorsal a nivel de T8-T9 en línea media, de consistencia dura, bordes definidos, adherido a planos profundos, indoloro, sin cambios en piel, de 2 cm de diámetro. Rango, fuerza y sensibilidad conservada en 4 extremidades. La radiografía de columna dorsal AP y lateral muestra: imagen

radioopaca en T8-T9. No se observan signos de destrucción ósea ni de reacción del periostio. Se indica tomografía axial computada de columna que informa: Lesión proliferativa ósea de la apófisis espinosa de T9 de aspecto no agresivo (25x33x29 mm), sugerente de corresponder a osteocondroma. Se deriva a atención secundaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Los osteocondromas se originan por un proceso de osificación endocondral de cartílago aberrante de la placa de crecimiento, como consecuencia de defectos congénitos o de traumatismos. Es más frecuente en hombres. El diagnóstico en columna vertebral mediante radiografía es difícil, por lo que se recomienda la tomografía axial computada. Es importante contar con la sospecha diagnóstica para brindar el manejo apropiado y derivación oportuna, ya que, en caso de síntomas, su tratamiento es la resección quirúrgica teniendo muy buenos resultados.

PALABRAS CLAVE Columna vertebral, Osteocondroma, Tumor óseo

TÍTULO DEL TRABAJO Insuficiencia respiratoria grave como diagnóstico diferencial de Opistótonos. A propósito de un caso.

CLASE Medicina interna

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Chavarría Flores Victoria (1)

CO-AUTORES Sepúlveda Pérez Gabriel (2)
Olivares Trujillo Mirta (3)

AFILIACIÓN (1) Médico general de Zona, Hospital de Lota, Lota
(2) Médico general de Zona, Hospital de Lota, Lota
(3) Médico general de Zona, Hospital de Collipulli, Collipulli

INTRODUCCIÓN Clásicamente se enseña que opistótonos, postura en la que el cuerpo se arquea hacia atrás, ha sido la presentación clínica de tétanos, pero en la actualidad se pesquisan muchas otras causa dado la baja presentación actual de tétanos por la profilaxis pre exposición generalizada con la vacuna antitetánica, en América Latina, se reportaron tasas de cobertura de inmunización regional del 89% en 2017 para el toxoide diftérico-tetánico y la tos ferina (DTP-3), y profilaxis post exposición con la inmunoglobulina antitetánica

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente de 55 años asmático con herida cortante en muslo izquierdo, ingresa a urgencias por disnea de dos días con sibilancias audibles a

distancia saturando 90% ambiental, se inicia manejo con broncodilatadores y corticoides endovenosos. Evoluciona rápidamente de manera tórpida con aumento de trabajo respiratorio saturando 50%, se inicia sulfato de magnesio, progresa con opistótonos y episodio de convulsión tónica-clónica. Dado antecedente de herida se administra 3000 UI de inmunoglobulinas e intubación. Paciente ingresa en cuidados intensivos, instancia donde se realiza punción lumbar con líquido cefalorraquídeo no inflamatorio con cultivo negativo, Panel viral negativo, PCR covid negativa y cultivo secreción bronquial positivo SAMS y E.coli MS, y radiografía de tórax sin foco de condensación. Se inicia Ampicilina/sulbactam, se mantiene broncodilatación y corticoides, con evolución favorable logrando destete de ventilación mecánica invasiva (VMI) a los 4 días. Completa 7 días de antibioticoterapia, evolucionando favorablemente, siendo dado de alta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Un caso clínico que fue un desafío diagnóstico dado el antecedente de la herida, pero que solo la evolución pudo orientar a la etiología dado la rápida mejoría tras aporte adecuado de oxígeno. Actualmente opistótonos con una fisiopatología poco clara y una etiología amplia contribuyen a la confusión clínica, siendo las causas descritas actualmente post administración de propofol, tumores cerebrales, intoxicación por estricnina e insuficiencia respiratoria previamente descrita.
PALABRAS CLAVE	Opistótonos- Tétanos- Inmunoglobulina antitetánica
TÍTULO DEL TRABAJO	OSTEONECROSIS SECUNDARIO A ENFERMEDAD POR DESCOMPRESIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades: Traumatología, Medicina hiperbárica
AUTOR	Díaz Peña Javiera (1)
CO-AUTORES	Gormaz Gonzalez Natalia (1), Pedemonte Chulak Sebastian (1)
AFILIACIÓN	(1) Medico General de Zona, CESFAM Emilio Schaffhauser Acuña, La Serena
INTRODUCCIÓN	La frecuencia de una enfermedad por descompresión son inciertas por su escasa denuncia. Se estima que podrían ser 13.4 casos por 100.000 inmersiones, siendo mas frecuentes en los buzos artesanales. Esta puede ser Leve comprometiendo Piel y/o tejido osteomuscular o Grave con compromiso neurológico y/o cardiopulmonar.

La Región de Coquimbo es la tercera en cuanto al número de inscripciones de pescadores y embarcaciones a nivel nacional. Se describirá un caso con el fin de destacar la importancia del diagnóstico precoz, ya que puede generar gran secuela en el paciente.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente de 58 años, buzo artesanal. Refiere hace 8 años posterior a una inmersión tuvo síntomas de cefalea y fatiga, que posteriormente cedieron y lo dieron de alta. Con el tiempo comenzó con omalgia bilateral tipo punzante intermitente que progresó a ser constante en hombro izquierdo, lo que lo llevó a consultar. El examen físico resultó normal, por lo que se solicitó una Resonancia Nuclear Magnética de hombro izquierdo en donde se evidenció una lesión a nivel de cabeza y cuello humeral izquierdo de 4.5x2.7x2.6 milímetros compatible con necrosis ósea. Por lo tardío del diagnóstico solo se ofrecieron medidas paliativas para manejo del dolor, pero se mantuvo en seguimiento por si es necesario una artroplastía.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y Para ser una región con más de 400km de costa, con un gran número de caletas y por lo mismo, derivaciones de pacientes producto de accidentes por descompresión, la llegada de la medicina hiperbárica el 2021 fue un importante cambio en salud, sobre todo para los buzos y pescadores de la zona. Si bien lo más importante es la prevención y la preparación para actividades de inmersión, desde el tratamiento en cámara hiperbárica se han atendido más de 60 casos de enfermedades por descompresión ayudando a evitar las secuelas de las mismas.

PALABRAS CLAVE

Descompresión, Dolor crónico, Osteonecrosis

**TÍTULO
TRABAJO**

DEL ABSCESO EPIDURAL COMO COMPLICACIÓN DE OTOMASTOIDITIS EN CONTEXTO DE OTITIS MEDIA AGUDA EN EDAD PEDIÁTRICA, REPORTE DE UN CASO:

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA

Pediatría y Cirugía infantil

AUTOR

Jobet Scheel Josefina (1)

CO-AUTORES

Cabezas Benavente José (2), Bravo Pozo Ignacia (3), Molina Kelly (4)

AFILIACIÓN

1. Médica EDF, HFC Nacimiento, Nacimiento
2. Médico EDF, Centro de Salud Familiar Adriana Madrid de Costabal, María Pinto

3. Médica EDF, HFC Galvarino, Galvarino
4. Médica Cirujana, HFC Nacimiento, Nacimiento

INTRODUCCIÓN	Mastoiditis es complicación más frecuente de otitis media aguda (OMA). Es la infección de celdillas mastoideas del hueso temporal. Puede presentar complicaciones extracraneales e intracraneales, raras, con alta morbimortalidad, difíciles de diagnosticar. Absceso epidural intracraneal es tercera infección intracraneal piógena más frecuente. Caso tiene objetivo de ilustrar complicaciones de OMA.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Escolar, 8 años, antecedente de otitis media con efusión (OME). Consulta por una semana de fiebre y otalgia derecha. Se diagnostica OMA y se trata con Cefadroxilo. Evoluciona con convulsión tónico-clónica generalizada, reconsulta. Ingresa afebril, taquicárdica, post ictal, sin focalidades neurológicas, sin signos meníngeos. Destaca Leucocitosis 20.200, PCR 116 y Tomografía axial computarizada de cerebro sin contraste: OME no complicada. Se hospitaliza. Otoscopía: secreción purulenta y tímpano engrosado con signos de perforación. Se diagnostica OME bilateral con sobreinfección en oído derecho. Cultivo de secreción negativo. Se inicia Cefotaxima y Clindamicina. Punción lumbar: líquido ceforraquídeo cristalino, 115.000 leucocitos con 78% meningitis/encefalitis y cultivo negativos. Electroencefalograma normal y resonancia magnética (RM) de cerebro: cambios inflamatorios otomastoides bilaterales, con extensión paquimeníngea a derecha con mínima colección yuxtadural laminar ipsilateral. Cursando otomastoiditis, se completan 14 días de antibióticos endovenosos. Se cuenta con consentimiento informado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Absceso epidural como complicación intracraneal de mastoiditis resulta exclusivamente de destrucción de tabiques óseos en mastoiditis coalescente y en otitis media crónica con colesteatoma. Cuando hay destrucción del hueso adyacente a duramadre y presencia de secreción purulenta, se forma absceso epidural. Signos y síntomas son resultado de infección como de masa intracraneal que se expande, pudiendo causar síntomas neurológicos, como en este caso una convulsión. RM es de elección para diagnóstico. Opciones terapéuticas para la mastoiditis: antibióticos versus mastoidectomía, generalmente se requiere combinación de ambos. Es relevante tener en cuenta estas complicaciones dada prevalencia de OMA.
PALABRAS CLAVE	Absceso epidural, Mastoiditis, Otitis.

TÍTULO TRABAJO	DEL PANCITOPENIA COMO MANIFESTACIÓN DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR. RECORDANDO UNA ANTIGUA CONOCIDA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA	b) Medicina interna
AUTOR	Reyes Sabag, Nazira Gabriela (1)
CO-AUTORES	Vargas Valdivia, Camilo Tomás (2) Vidal Torres, Diego Nicolás (3) Pizarro Carvajal, Felipe Octavio(1)
AFILIACIÓN	(1) Médico Cesfam Panguipulli (2) Médico Clínica Vitale (3) Médico EDF Cesfam Panguipulli
INTRODUCCIÓN	La pancitopenia se define como la disminución simultánea de las tres series hematológicas en sangre periférica. Esta condición puede reflejar un amplio espectro de etiologías, incluidas enfermedades infecciosas graves. La tuberculosis, una infección crónica causada por Mycobacterium tuberculosis, es una de las principales causas de morbilidad a nivel global. Aunque su presentación más común es pulmonar, la forma extrapulmonar puede involucrar médula ósea y generar manifestaciones hematológicas atípicas como pancitopenia.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 67 años, con antecedentes de enfermedad de Parkinson, angina estable y dislipidemia. Consultó por historia de cuatro meses de evolución de baja de peso, fiebre intermitente y astenia. Los exámenes de laboratorio evidenciaron elevación de marcadores inflamatorios y pancitopenia moderada. Se realizó estudios imagenológicos por sospecha de neoplasia oculta donde no mostraron hallazgos significativos. Se realizó biopsia de médula ósea que informaba: proceso inflamatorio crónico granulomatoso tuberculoide, confirmando diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar con compromiso medular.
DISCUSIÓN CONCLUSIONES	Y La tuberculosis extrapulmonar debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de pancitopenia, especialmente en pacientes con síntomas constitucionales y estudios iniciales no concluyentes. El reconocimiento temprano de esta asociación es clave para instaurar un tratamiento específico y evitar complicaciones potencialmente

fatales. La biopsia medular se establece como herramienta diagnóstica esencial ante una pancitopenia de causa no precisada.

PALABRAS CLAVE	Granuloma, Médula Ósea, Tuberculosis Extrapulmonar
TÍTULO DEL TRABAJO	HEPATITIS Y PANCREATITIS AGUDA POR ROTAVIRUS, CASO CLÍNICO EN ADULTO INMUNOCOMPETENTE, MÁS ALLÁ DE LA DIARREA:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Aguayo Alarcón Joaquín (1).
CO-AUTORES	Hohf Nova Marion (1), Saavedra Galaz Diego (2), Aguayo Alarcón Martin (3).
AFILIACIÓN	(1) Médico/a General de Zona, Hospital San Juan de Dios Cauquenes, Cauquenes (2) Médico/a General de Zona, CESFAM Dr. José Durán Trujillo, San Carlos (3) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, sede de la Patagonia.
INTRODUCCIÓN	El rotavirus (RTV) es una importante causa de gastroenteritis aguda (GEA) en menores de 5 años, siendo la principal causa de muerte por GEA en este grupo etario, con 146.000 muertes mundiales el año 2015. Brotes esporádicos en adultos inmunocompetentes suelen provocar enfermedad leve, siendo los casos severos principalmente en adultos mayores y/o inmunocomprometidos. Dentro de las complicaciones poco frecuentes se describen hepatitis aguda (HA) y pancreatitis aguda (PA). Así mismo, RTV se identifica como causa poco frecuente de estas. Se presenta caso clínico de GEA por RTV complicada con HA y PA en adulto inmunocompetente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina, 31 años, antecedentes de trastorno digestivo funcional y cefalea crónica, presenta cuadro de 1 mes de evolución de dolor abdominal epigastrio e hipocondrio derecho intermitente. Evoluciona con cuadro de 5 días de evolución de epigastralgia intensa, fiebre de 38°C, diarrea líquida, compatible con GEA. Laboratorio destaca alza leve de parámetros Abdominopélvica: edema periportal, signos de HA, sin litiasis. Se hospitaliza. PCR panel gastrointestinal positivo para RTV, serología virus hepatotrofos negativa. Evaluada por Gastroenterología, impresiona HA secundaria a RTV y reacción pancreática recuperada.

Evoluciona favorablemente con manejo sintomático y volemización, con resolución clínica y de laboratorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Si bien es conocido el riesgo potencial de patologías como HA y PA, existen escasos reportes bibliográficos sobre su asociación con RTV, sobre todo en adultos. Se describe una probable baja tasa de pesquisa en pediátricos, explicado principalmente por síntomas comunes con GEA, siendo el principal síntoma en PA el dolor abdominal persistente. Si bien existen reportes en pacientes pediátricos y en grupos de riesgo adultos, existe evidencia limitada sobre esta patología en adultos inmunocompetentes. Se plantea la necesidad de mantener bajo índice de sospecha clínica, así como continuar estudios en población adulta sin comorbilidad.
PALABRAS CLAVE	Gastroenteritis, Hepatitis, Pancreatitis, Rotavirus.
TÍTULO DEL TRABAJO	PAPILOMATOSIS RETICULADA Y CONFLUENTE DE GOUGEROT-CARTEAUD PRESENTACIÓN DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (dermatología)
AUTOR	Moreno Ávila Consuelo (1)
CO-AUTORES	Campos Duncker Gabriela (1), Alamos Silva Elisa (1)
AFILIACIÓN	(1) Médica general de zona, CESFAM Dr. Juan Petrinovic, Recoleta, Servicio de Salud Metropolitano Norte
INTRODUCCIÓN	La papilomatosis confluyente y reticulada Gougerot y Carteaud (PRGC) es una dermatosis crónica infrecuente e infradiagnosticada, afecta a adolescentes y adultos jóvenes. La etiología es desconocida, se ha postulado posible relación con pitiriasis versicolor como una reacción anormal a la infección, otras teorías apuntan a una asociación con endocrinopatía o alteración en queratinización. Su manejo es variable puede tratarse con tetraciclinas, imidazoles, retinoides sistémicos y tópicos. El diagnóstico es clínico, puede reforzarse con estudio microbiológico negativo para diferenciar de su principal diagnóstico diferencial, la pitiriasis versicolor, otros diferenciales son acantosis nigricans y la dermatosis neglecta. El cuadro inicia con aparición de pápulas parduzcas, verrugosas pequeñas en el cuello y tronco, que evolucionan a grandes placas pigmentadas que tienden a confluir en el centro y adquieren una apariencia reticulada. Otros sitios afectados

incluyen región submamaria, axilas, abdomen, región paravertebral, cintura; palmas, plantas y mucosas generalmente son respetadas.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente femenina de 21 años sin antecedentes mórbidos, consultó con médico de atención primaria por aparición de lesiones dermatológicas de 1 mes de evolución localizadas en tronco. El cuadro inicia con pápulas parduzcas que progresan a placas hiperpigmentadas . Al examen físico destacaba en región pre esternal placa hiperpigmentada confluentes de 4 centímetros, reticulada en la periferia, bordes difusos, no solevantada, sin lesiones satélites. Fue evaluada en teledermatología con diagnóstico de PRGC. Se inició tratamiento sistémico con minociclina y tópico con crema de Urea 20% + lactato de amonio 15% + bifonazol 1%, por 8 semanas. Paciente evoluciona favorablemente con resolución completa de lesiones.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y La PRGC al ser poco conocida e infrecuente, suele ser infradiagnosticada por médicos de atención primaria, entregando diagnósticos errados con tratamientos inadecuados que no son inocuos para nuestros pacientes. En esto radica la importancia de conocer el cuadro, para diagnosticar oportunamente basándose en la presencia de lesiones cutáneas características y su localización predominante.

PALABRAS CLAVE

Diagnóstico diferencial, Minociclina, Papilomatosis

**TÍTULO
TRABAJO**

DEL PARALISIS FLACIDA POR DEFICIT DE TIAMINA: A PROPOSITO DE UN CASO:

CLASE

Caso clínico (CC)

CATEGORÍA

g) Neurología

AUTOR

Apablaza Eulufi Matías (1)

CO-AUTORES

Quezada	Valenzuela	Paula	(1),
Betancur	Labra	Francisca	(1),
Carrasco Honores	Marlene		(2)

AFILIACIÓN

(1)Médico General de Zona, Hospital de Quirihue, Quirihue (2) Interna de Medicina, Universidad de O'Higgins, Rancagua

INTRODUCCIÓN

La parálisis flácida por déficit de tiamina, también llamada neuropatía de Beriberi (NBB), corresponde a una entidad con clínica similar al síndrome de Guillain-Barré (GBS), está dentro de los "GBS mimics". Su prevalencia es subestimada. Se presenta el siguiente caso con el

objetivo de reforzar su importancia como diagnóstico diferencial de parálisis flácida

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Masculino, 56 años, antecedentes de alcoholismo. 2 meses previo a consulta presentó vértigo, astenia, náuseas y vómitos intermitentes. Al mes se suma debilidad progresiva de extremidades inferiores (EEII) que limita la marcha llegando a imposibilidad de bipedestación por lo que consultó al servicio de urgencias. Se constata debilidad flácida en EEII, fuerza M3 proximal y M2 distal, Reflejos osteotendinosos ausentes, hipoestesia distal dudosa. Se hospitaliza para estudio y manejo. Se sospechó inicialmente mielitis transversa subaguda por lo que se dan pulsos de metilprednisolona y neurológicamente persiste en EEII con fuerza sin mejoría. Electromiografía evidencia “polineuropatía axonal sensitivo motora subaguda generalizada y simétrica”, Vitamina B12 rango normal, serología negativa para sífilis y negativo para virus de inmunodeficiencia humana, punción lumbar normal. Se diagnóstico de neuropatía axonal sensitivo motora subaguda. Se decide traslado en red por estabilidad clínica a hospital de baja complejidad como caso social. Paciente es controlado por neurología, ante posible déficit de tiamina no cuantificado en hospitalización previa se decide prueba terapéutica con tiamina endovenosa. Paciente evoluciona favorablemente, fuerza M4 en EEII hasta el día de hoy.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y La NBB es una entidad subestimada que se asemeja al SGB, la literatura sugiere considerar como grupos de riesgo a gente privada de libertad, alcoholismo y restricciones dietéticas. Además, plantea sugerente la evolución subaguda, concomitancia con síndrome de wernicke korsakoff, punción lumbar normal y lactato deshidrogenasa elevada. Este caso pertenecía a grupo de riesgo, tenía evolución sugerente y punción lumbar normal. Es importante considerar NBB como diagnóstico diferencial.

PALABRAS CLAVE

Deficiencia de Tiamina, Beriberi, Polineuropatías

**TÍTULO
DEL TRABAJO**

PARO CARDIORESPIRATORIO INTRA-CESÁREA: REPORTE DE UN CASO

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA

e) Ginecología y Obstetricia

AUTOR

Castillo Amulef, Francisca (2)

CO-AUTORES	Faúndez Contreras, Vicente (1); Vega Saez, Gabriel (1); Ayala Montoya, José (1)
AFILIACIÓN	1. Interno de medicina, Facultad de medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile 2. Médica general de zona, Hospital de Laja, Laja, Chile 3. Médico gineco-obstetra, Hospital Dr Sótero Del Río, Santiago, Chile
INTRODUCCIÓN	El paro cardiorrespiratorio (PCR) en embarazadas es un evento crítico, en el cual la vida de dos pacientes están en riesgo. Es una complicación infrecuente y sin estadística en Chile, sin embargo, según la epidemiología internacional su sobrevida es de 30-70%, siendo fundamental su manejo.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente primigesta de 32 años, cursando embarazo de 36 + 3 semanas, hospitalizada por preeclampsia inicialmente no severa, presenta episodio de crisis hipertensiva abrupta refractaria a dosis crecientes de labetalol, evolucionando con taquipnea, desaturación y cianosis perioral. Se trasladada a parto y se administra oxígeno, nitroglicerina y furosemida por sospecha de edema pulmonar agudo y se realiza ecografía de urgencia, que evidencia frecuencia cardíaca fetal en 40 lpm, por lo que se realiza cesárea de emergencia con necesidad de intubación materna, presentando broncoaspiración durante la instalación de tubo orotraqueal. Concomitantemente, presenta desprendimiento prematuro de placenta (DPPNI). Nace recién nacido APGAR 0-7, requiriendo reanimación, al mismo tiempo que la paciente presenta inercia uterina. Tras esto, ella evoluciona a PCR con retorno a circulación espontánea a los 5 minutos de reanimación cardiopulmonar. En cuidados post-paro, se administra noradrenalina, sulfato de magnesio, labetalol y unasyn en infusión continua, con buena respuesta. Tras una semana de observación y dado buena evolución de ambos pacientes se indica el alta.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La preeclampsia es una entidad sumamente relevante, llegando a tener complicaciones severas e incluso comprometer rápidamente la vida de las pacientes. Dado que es una situación mortal, no existen guías estandarizadas de alta calidad con respecto al manejo, sino que se debe preparar al equipo para las posibles complicaciones y conocer los algoritmos de reanimación tanto de personas adultas como neonatal, así como el manejo de vía aérea de emergencia, además del tratamiento de complicaciones obstétricas emergentes.
PALABRAS CLAVE	Paro cardíaco, Preeclampsia, Cesárea, Sufrimiento fetal

TÍTULO TRABAJO	DEL	PAROTIDITIS UNILATERAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO INMUNIZADO, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE		CASO CLÍNICO
CATEGORÍA	Caso	clínico (cc) C: Pediatría y Cirugía infantil.
AUTOR		Palet Correa, Esteban (1)
CO-AUTORES	Barra	Ortiz, Paulina (2) Castillo Torres, Francisca (3)
AFILIACIÓN		(1) Médico General de Zona, Cesfam Conunhuenu, Padre Las Casas. (2) Médico General de Zona, Cesfam Pulmahue, Padre Las Casas. (3) Médico General de Zona, Cesfam El Carmen, Temuco.
INTRODUCCIÓN		La parotiditis es una enfermedad endémica en todo el mundo, caracterizada por la inflamación uni o bilateral, dolorosa y autolimitada de las parótidas u otras glándulas salivales, asociado ocasionalmente a fiebre y malestar general. Las causas comunes pueden ser infecciosas (virales o bacterianas), autoinmunes y crónicas o recurrentes. Dentro de la población pediátrica, la causa viral es la más frecuente. En Chile, el diagnóstico sigue siendo mayormente clínico. Chile tiene una población altamente inmunizada, manteniéndose en la cobertura técnica necesaria para la prevención de brotes epidémicos que es de 75 - 86%.
PRESENTACIÓN DEL CASO		Paciente femenina de 10 años, sin antecedentes mórbidos, programa nacional de inmunizaciones al día, consulta por cuadro de 2 días de evolución de dolor en ángulo mandibular derecho, asociado a aumento de volumen, eritema y trismus. Refiere fiebre hasta 38.5°C la noche previa, sin otros síntomas asociados. Al examen físico: Febril con aumento de volumen parotídeo unilateral a derecha, indurado, doloroso, asociado a eritema y calor local. Sin otros hallazgos relevantes. Se notifica por sospecha, se maneja de forma sintomática con antiinflamatorios no esteroidales. Evoluciona de forma favorable, con resolución de sintomatología.
DISCUSIÓN CONCLUSIONES	Y	Habitualmente la manifestación es inflamación bilateral, sin embargo, en un tercio de los casos, puede ser unilateral, siendo importante considerar el diagnóstico diferencial con obstrucción ductal, quistes y tumores en casos de mala evolución clínica. Cuando la incidencia de parotiditis es baja, se deben considerar otros virus que afectan las parótidas, también bacterias gram positivas, micobacterias atípicas y

Bartonella.

La parotiditis es una enfermedad endémica a nivel global, que gracias a los planes de inmunización chilenos se mantiene bajo control. Suele ser bilateral, y en menor porcentaje unilateral, siendo en esta última importante descartar otras causas.

PALABRAS CLAVE	Parotiditis, glándula parótida, vacunación
TÍTULO DEL TRABAJO	PERIFOLICULITIS CAPITIS ABSCEDENS ET SUFFODIENS, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC).
CATEGORÍA	h) Especialidades (Dermatología).
AUTOR	Riquelme Medina Álvaro (1).
CO-AUTORES	Pérez Munita Fernanda (2), Zamorano Arellano Daniela (2).
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Departamento de salud municipal Collipulli, Collipulli. (2) Médico general de zona, Hospital de la familia y comunidad Mulchén, Mulchén.
INTRODUCCIÓN	La celulitis disecante del cuero cabelludo (CDC), también llamada perifoliculitis capitis abscedens et suffodiens, es una alopecia inflamatoria crónica cicatricial neutrofílica primaria. Corresponde a una entidad rara, de etiopatogenia desconocida, representando el 1,4-4,5% de todas las alopecias cicatriciales primarias, caracterizándose por lesiones nodulares inflamatorias confluentes que se localizan principalmente en la nuca, aunque puede localizarse en otras regiones del cuero cabelludo.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Acude a posta Mininco paciente masculino de 21 años, por cuadro de 4 meses de evolución, caracterizado por aparición de 5 lesiones nodulares en región occipital, dolorosas, asociadas a contenido fluctuante, secreción purulenta y alopecia. Comenta drenaje previo en una de ellas, sin embargo, recidiva. Cuadro se exacerba el último mes con aparición de nuevas lesiones. Dado esto, se realiza interconsulta a teledermatología mediante el envío de imágenes de las lesiones, siendo concluyentes por especialista de CDC, iniciando tratamiento antibiótico oral y tópico con receta magistral (resorcinol, clindamicina, acetonido de triamcinolona). Se realiza control post término de tratamiento a las 8 semanas, con buena respuesta, remitiendo 4 de 5 lesiones.

DISCUSIÓN CONCLUSIONES	Y	La perifoliculitis capitis abscedens et suffodiens es una rara dermatosis crónica y supurativa del cuero cabelludo, manifestada por nódulos inflamatorios foliculares y perifoliculares que supuran y disecan, formando fístulas intercomunicantes que dan lugar a alopecia cicatricial. Es de difícil manejo debido a que, pese al tratamiento, puede persistir por varios años, presentando una alta tasa de recurrencia. El pronóstico para los casos diagnosticados tardíamente es pobre, llegando a una alopecia cicatricial, ahora bien, si su diagnóstico es oportuno, tienen la posibilidad de remisión casi total de las lesiones, tal como lo fue con el paciente presentado. Por último, es importante dar a conocer esta patología infrecuente para poder realizar un diagnóstico oportuno en atención primaria y una adecuada derivación a dermatología.
PALABRAS CLAVE		Alopecia, Cuero cabelludo, Dermatología.
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	Apoplejía pituitaria, uso de ecotomografía ocular para identificación de hipertensión intracraneana: reporte de caso:
CLASE		H) Urgenciología
CATEGORÍA		Caso clínico (CC)
AUTOR		Polit Muñoz Andrés(1)
CO-AUTORES		Arcos Moraga Javier (1), Alessandri Amenábar María (1)
AFILIACIÓN		(1) Médico General de Zona, Hospital de Parral, Región del Maule
INTRODUCCIÓN		La hipertensión intracraneana (HIC) es una condición potencialmente mortal, cuya detección temprana permite prevenir secuelas neurológicas graves. En este contexto, el uso de la ecotomografía ocular en el servicio de urgencias ha tomado gran relevancia por ser un procedimiento poco invasivo y rápido para evaluar el diámetro de la vaina del nervio óptico (DVNO). Este trabajo tiene como objetivo demostrar la eficacia de la ecotomografía ocular en la pesquisa de HIC en un paciente con apoplejía pituitaria, siendo esta una herramienta diagnóstica relevante en el servicio de urgencias
PRESENTACIÓN DEL CASO		Se trata de paciente masculino de 45 años sin antecedentes mórbidos, quien autorizó previamente la realización de este trabajo. Acude al servicio de urgencia por presentar cuadro de 5 horas de evolución, caracterizado por cefalea hem Craneana izquierda, punzante, intensa asociado a disminución de la agudeza visual. Al examen físico destacaba hemianopsia heterónima nasal inferior de predominio a

izquierda, sin otro tipo de focalidad neurológica. Se realizó tomografía computarizada de cerebro la cual informaba masa selar con extensión supraselar que determinaba expansión de la silla turca, muy sugerente de macroadenoma hipofisiario. Durante la hospitalización, paciente sufre quiebre clínico con presencia de amaurosis bilateral, cefalea intensa, pupilas mióticas y arreflejas. Se realiza ecotomografía ocular a pie de cama, la cual impresionaba aumento del diámetro del nervio óptico ojo izquierdo 7.6mm y ojo derecho de 6.3mm (5.0mm corresponde diámetro normal en adultos). Motivo por el cual se presenta caso a neurocirugía en contexto de apoplejía pituitaria. Se realiza resección tumoral, logrando extirpación completa de tumor hipofisiario con posterior mejora de agudeza visual.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En el caso clínico, se logró demostrar que el uso precoz de la ecografía es una herramienta efectiva para pesquisar signos indirectos del aumento de la presión intracraneana, logrando así, una derivación temprana al equipo de neurocirugía con una resolución quirúrgica satisfactoria.
PALABRAS CLAVE	Apoplejía pituitaria, Hipertensión intracraneal, Ultrasonografía,
TÍTULO DEL TRABAJO	PRESENTACIÓN DE DEMENCIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA SECUNDARIA A ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB: REPORTE DE CASO
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	Neurología
AUTOR	Claudia Francisca Muñoz Palacios (1)
CO-AUTORES	Andrés Soto Rodríguez (2), Francisco Javier Aguilera Astorga (3), Cristóbal Salas Saavedra (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano, CESFAM Dr. Marcelo Lopetegui, [Osorno] (2) Médico General de Zona, CESFAM Armando Williams [Cauquenes] (3) Médico General de Zona, CECOSF Meulin, [Achao] (4) Médico Cirujano, CESFAM Limache Viejo [Limache]
TÍTULO DEL TRABAJO	PRESENTACIÓN DE DEMENCIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA SECUNDARIA A ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB: REPORTE DE CASO.
INTRODUCCIÓN	La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es una encefalopatía espongiforme transmisible, de curso agresivo y progresivo, causada

por priones. Se caracteriza clínicamente por una demencia rápidamente progresiva acompañada de signos neurológicos focales.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente masculino de 58 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, previamente funcional. Inicia en mayo de 2019 con insomnio y temblor fino. Durante los meses siguientes los síntomas evolucionan rápidamente, asociándose ataxia, disfonía, disfagia y trastornos cognitivos con lenguaje incoherente, desorientación. En dicho año se realiza múltiples estudios imagenológicos sin alteraciones, electromiograma (normal), evaluación HINTS no concluyente, anticuerpos paraneoplásicos y panel autoinmune (negativos), y vitamina B12 disminuida corregida. Paciente progresa desfavorablemente, agregándose en enero 2020 incontinencia esfinteriana e hipotonía muscular con imposibilidad para marcha en tándem. Se hospitalizó para completar estudio con punción lumbar y panel de encefalitis autoinmune. Finalmente, se confirmó diagnóstico de demencia por enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y La ECJ es una enfermedad de baja frecuencia, letal, con rápida evolución. El diagnóstico fue complejo y la sospecha se dirigió tras descartar causas reversibles y ante el rápido deterioro neuropsiquiátrico. Destacamos la importancia de considerar la ECJ en el diagnóstico diferencial de ataxias y demencias rápidamente progresivas, especialmente en adultos previamente funcionales.

PALABRAS CLAVE

Ataxia, Demencia rápidamente progresiva, Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

**TÍTULO
TRABAJO**

DEL PRESENTACIÓN DE DEMENCIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA SECUNDARIA A ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB: REPORTE DE CASO:

CLASE

Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA

g) Neurología

AUTOR

Muñoz Palacios Claudia (1)

CO-AUTORES

Soto Rodríguez Andrés (2), Aguilera Astorga Francisco (3), Salas Saavedra Cristóbal (4)

AFILIACIÓN

(1) Médico Cirujano, CESFAM Dr. Marcelo Lopetegui. Osorno
(2) Médico General de Zona, CESFAM Armando Williams. Cauquenes

- (3) Médico General de Zona, CECOSF Meulin. Achao
 (4) Médico Cirujano, CESFAM Limache Viejo. Limache

INTRODUCCIÓN	La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una encefalopatía espongiforme transmisible, de curso agresivo y progresivo, causada por priones. Se caracteriza clínicamente por una demencia rápidamente progresiva acompañada de signos neurológicos focales.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 58 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, previamente funcional. Inicia en mayo de 2019 con insomnio y temblor fino. Durante los meses siguientes los síntomas evolucionan rápidamente, asociándose ataxia, disfonía, disfagia y trastornos cognitivos con lenguaje incoherente, desorientación. En dicho año se realiza múltiples estudios imagenológicos sin alteraciones, electromiograma (normal), evaluación HINTS no concluyente, anticuerpos paraneoplásicos y panel autoinmune (negativos), y vitamina B12 disminuida corregida. Paciente progresa desfavorablemente, agregándose en enero 2020 incontinencia esfinteriana e hipotonía muscular con imposibilidad para marcha en tándem. Se hospitalizó para completar estudio con punción lumbar y panel de encefalitis autoinmune. Finalmente, se confirmó diagnóstico de demencia por enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La ECJ es una enfermedad de baja frecuencia, letal, con rápida evolución. El diagnóstico fue complejo y la sospecha se dirigió tras descartar causas reversibles y ante el rápido deterioro neuropsiquiátrico. Destacamos la importancia de considerar la ECJ en el diagnóstico diferencial de ataxias y demencias rápidamente progresivas, especialmente en adultos previamente funcionales.
PALABRAS CLAVE	Ataxia, Demencia, Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, Trastornos neurocognitivos
TÍTULO DEL TRABAJO	PREVALENCIA DE ARTROSIS EN EL MARCO DE GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD EN USUARIOS DEL CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN DE ALTO HOSPICIO:
CLASE	Trabajo de Investigación (TI)
CATEGORÍA	f) Salud Pública
AUTOR	Grigolo Jáuregui Stefano (1)

CO-AUTORES	Segovia Barria Ismael (2), Henríquez Matta Javiera (3), Saldías Moatte Miguel (3).
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Centro Comunitario de Rehabilitación, Alto Hospicio. (2) Médico general de zona, CESFAM San Pedro, Quillota. (3) Médico general de zona, CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo, Alto Hospicio.
INTRODUCCIÓN	La artrosis de cadera y rodilla, patología de alta prevalencia en adultos mayores, genera un impacto funcional considerable en la vida de quienes la padecen, motivo por el cual forma parte de las Garantías Explícitas en Salud (GES). El Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) de Alto Hospicio que atiende a usuarios derivados desde los CESFAM Dr. Héctor Reyno y Dr. Pedro Pulgar, funciona como un dispositivo clave en el manejo integral de estas patologías. Este estudio tiene por objetivo describir la distribución de diagnósticos de artrosis GES en usuarios atendidos durante el año 2024 según distintas variables.
MATERIALES MÉTODOS	Y Estudio observacional descriptivo. Se analizaron los registros clínicos de pacientes con diagnóstico de artrosis GES (según criterios definidos por el Ministerio de Salud de Chile) atendidos en el Centro Comunal de Rehabilitación de Alto Hospicio en el año 2024. Se analizaron variables de edad, sexo, diagnóstico y centro de derivación. Los datos fueron extraídos desde el sistema de registro electrónico institucional y procesados en Microsoft Excel.
RESULTADOS	Del total de pacientes, 517 fueron diagnosticados con gonartrosis (77.7%), 95 con coxa-gonartrosis (14.3%) y 53 con coxartrosis (8.0%). El 79.2% de los usuarios fueron mujeres, con una edad promedio general de 68.3 años. El CESFAM Pedro Pulgar concentró la mayoría de usuarios y derivaciones realizadas. En total, se registraron 2.473 atenciones relacionadas a artrosis en el año analizado.
DISCUSIÓN CONCLUSIÓN	Y Este estudio revela la alta demanda asistencial por artrosis GES en CCR de Alto Hospicio. La caracterización por diagnóstico, edad y sexo entrega datos fundamentales para priorizar el fortalecimiento de estrategias de rehabilitación en atención primaria. Creemos que reforzar las capacidades de respuesta del sistema, especialmente en centros de mayor carga, permitiría mejorar la calidad de vida de los usuarios y avanzar hacia una atención más equitativa y eficiente.

PALABRAS CLAVE Osteoartritis de la Rodilla, Osteoartritis de la Cadera, Atención Primaria de Salud.

TÍTULO DEL TRABAJO PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LACTANTES EN ZONA URBANA Y RURAL DE LA REGIÓN DE LOS LAGOS EN 2024:

CLASE Trabajo de investigación (TI)

CATEGORÍA c) Pediatría y Cirugía Infantil

AUTOR Cornejo Castillo Fernanda (1)

CO-AUTORES Bustos Vielma Sofia (2), Costa Caamaño Sally (3)

AFILIACIÓN (1) Médica General de Zona, CESFAM Puauchó, San Juan de la Costa (1) Médica General de Zona, Hospital Intercultural Kallvu Llanka, Cañete (1) Médica General de Zona, CESFAM Alerce, Puerto Montt

INTRODUCCIÓN La lactancia materna exclusiva (LME) es la intervención preventiva con mayor impacto sobre la mortalidad infantil, promoviendo un adecuado desarrollo del lactante. El Ministerio de Salud de Chile establece la meta de 60% de lactantes con LME hasta el sexto mes, porcentaje que se ve influenciado por múltiples variables maternas, entre ellas las socioeconómicas. El objetivo de esta investigación es correlacionar el impacto que genera el residir en zonas rurales y urbanas en la alimentación de lactantes menores.

MATERIALES Y MÉTODOS Se realizó un estudio transversal analítico evaluando 3700 pacientes, entre 0 a 6 meses, asistentes al control niño sano durante el año 2024, en zona rural (San Juan de la Costa) y en zona urbana (Osorno), con datos extraídos de EstadSSO. Se clasificaron según el tipo de alimentación, comparando grupos de LME, fórmula láctea (FL) o mixta. Se tabularon los datos en Excel y evaluaron su significancia estadística utilizando Chi2.

RESULTADOS Se incluyeron 3548 pacientes de zona urbana y 152 de zona rural. Del primer grupo 2322 estaban con LME, 424 con FL y 802 con mixta. Para el segundo grupo fueron 116, 2 y 34 respectivamente. Por lo tanto, existe una prevalencia de 65,4% de lactantes menores con LME en zona

urbana y 76,3% en zona rural, con un análisis estadístico que arroja un valor $p=0,0074$, con un intervalo de confianza del 95%.

DISCUSIÓN CONCLUSIÓN	Y	Como se describe en la literatura, residir en zona urbana influye negativamente en la prevalencia de LME en lactantes menores. El mayor nivel socioeconómico del sector urbano permite mejor acceso a compra de FL, la cual se asocia a mayor libertad en contexto del retorno a actividades laborales luego de las 18 semanas. Esto refleja la necesidad de trabajar en los derechos sociales de las madres en etapa de puerperio, para así beneficiar la LME.
PALABRAS CLAVE		Lactancia materna, Salud rural, Salud urbana
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS RESISTENTE EN LA REGIÓN DE TARAPACÁ: ANÁLISIS 2023-2024
CLASE		Trabajo de investigación (TI)
CATEGORÍA		f) Salud Pública
AUTOR		Henríquez Matta Javiera (1)
CO-AUTORES		Saldías Moatte Miguel (1), Segovia Barria Ismael (2), Grigolo Jauregui Stefano (3)
AFILIACIÓN		(1) Médico general de zona, CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo, Alto Hospicio (2) Médico general de zona, CESFAM, Quillota. (3) Médico general de zona, Centro Comunitario de Rehabilitación, Alto Hospicio.
INTRODUCCIÓN		La tuberculosis constituye una enfermedad de relevancia en salud pública, especialmente en regiones con alta endemia como Tarapacá. Durante los últimos años, esta región ha evidenciado un aumento sostenido en la incidencia de casos, alcanzando en 2024 la tasa más alta a nivel nacional. En este contexto, la aparición de cepas resistentes a los fármacos de primera línea representa un reto significativo para la contención y erradicación de la enfermedad. El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia y características epidemiológicas de la tuberculosis resistente en la región de Tarapacá durante los años 2023 y 2024, con énfasis en los perfiles de resistencia farmacológica y distribución sociodemográfica.
MATERIALES MÉTODOS	Y	Se realizó un estudio observacional descriptivo basado en los registros del Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis, perteneciente a la Secretaría Regional Ministerial de Tarapacá,

correspondientes a los años 2023 y 2024. La selección de variables incluyó edad y perfil de resistencia farmacológica. El procesamiento y análisis de datos se efectuó mediante Microsoft Excel®.

RESULTADOS Durante este periodo se notificaron 189 casos de tuberculosis en la región, con una incidencia de 46,8 por 100.000 habitantes. El grupo etario más afectado fue el de 50 a 59 años. Del total de casos, 22 presentaron resistencia, lo que corresponde al 11,6%. En el subgrupo resistente, el mismo rango etario fue el más afectado. La monorresistencia a isoniacida fue la más prevalente, en un 59%, seguida por la multidrogorresistente con un 27%

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN La alta prevalencia de tuberculosis resistente en la región de Tarapacá, en adultos en edad laboral, representa un desafío tanto clínico como económico. Ante la elevada frecuencia de monorresistencia a isoniacida, resulta fundamental considerar esquemas terapéuticos alternativos. Finalmente, es necesario implementar estrategias adicionales orientadas a mejorar la adherencia al tratamiento y asegurar un seguimiento clínico riguroso de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE Resistencia a medicamentos; Chile; Tuberculosis

TÍTULO DEL TRABAJO PROFILAXIS PRIMARIA VERSUS SECUNDARIA. REPORTE DEL USO DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO ENTRE 2020 Y 2024 EN UNA POSTA DE SALUD RURAL:

CLASE Trabajo de investigación

CATEGORÍA a) Medicina Familiar

AUTOR González Álvarez Luis (1)

CO-AUTORES

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM San Manuel, Melipilla

INTRODUCCIÓN En Chile, las enfermedades del sistema circulatorio lideran en mortalidad. Las guías clínicas recomiendan utilizar ácido acetilsalicílico (AAS) para prevención secundaria de eventos cardiovasculares, pero con precaución en prevención primaria, especialmente en pacientes mayores, dado mayor riesgo de sangrado intra o extracraneal. Este estudio tiene como objetivo describir la prescripción de AAS en una comunidad rural y categorizarlo según uso

	en prevención primaria o secundaria, informando efectos adversos presentados.
MATERIALES MÉTODOS	Y Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo sobre indicación de AAS en Posta de Salud Rural Bollenar, entre 1 de enero del 2020 y 31 de diciembre del 2024, autorizado por Dirección. Se utilizó base de datos IRIS y RAYEN. Se revisó en formulario cardiovascular antecedente de evento isquémico previo, diagnóstico y comorbilidades. Se clasificó según uso actual y suspensión de fármaco.
RESULTADOS	Se identificaron 746 usuarios de AAS en el período, con edades entre 10 y 101 años. 52% fueron mujeres. 13% estaba fallecido al término. En 322 (43%) se suspendió AAS, destacando casos de hemorragia subaracnoidea, accidente cerebrovascular hemorrágico y hemorragia digestiva alta como eventos de sangrado; 7 utilizaron transitoriamente durante gestación, 6 suspendieron por inicio de anticoagulantes y 1 suspendió en contexto de polifarmacia. Los casos anteriores representan un 5.6% de los casos, suspendiéndose en el 94% restante por uso en prevención primaria. Del total, en 71.58% (534) no se logró identificar claramente antecedente de evento isquémico previo (infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular o enfermedad arterial periférica) como motivo de indicación.
DISCUSIÓN CONCLUSIÓN	Y Este estudio demuestra riesgos asociados a inercia terapéutica, en contexto de abandono de controles post pandemia, invitando a replantear indicaciones según riesgo individual de sangrado, dado la evidencia actual que apoyaría el uso de AAS en prevención primaria. Dado la longitud del estudio, permite demostrar cambio temporal en prescripción para esta población, relevante replicar en atención primaria.
PALABRAS CLAVE	Ácido acetilsalicílico, Antiagregante plaquetario, Prevención primaria, Prevención secundaria,
TÍTULO TRABAJO	DEL PRURIGO NODULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN ABORDAJE INTEGRAL
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Dermatología)
AUTOR	Valdés Castro Benjamín (1)

CO-AUTORES	Godoy Navarro Carolina (1), Mattamala Aravena Tomás (1), Leiva Covarrubias Luna (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de zona, CESFAM La Bandera, San Ramón, Santiago. (2) Interno de Medicina, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.
INTRODUCCIÓN	El prurigo nodular (PN) es una dermatosis crónica inflamatoria que cursa con lesiones muy pruriginosas y se caracteriza por la aparición de nódulos cutáneos hiperqueratósicos en adultos de mediana edad. Su fisiopatología no se conoce completamente, pero se relaciona con la disfunción neurológica de la vía aferente y la inflamación cutánea. Se asocia a otras enfermedades dermatológicas (dermatitis atópica, dermatitis de contacto, eccema numular, estasis venosa), sistémicas (diabetes mellitus, infecciones e insuficiencia hepática y renal), neurológicas (herpes zóster, síndrome de piernas inquietas), psiquiátricas (depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, alucinaciones táctiles) y tumorales (cáncer cutáneo, tumores hematológicos y de órganos sólidos). La presencia de prurigo nodular significa un importante deterioro en la calidad de vida y afecta de manera importante las actividades de la vida diaria. En quienes la padecen, es común la aparición de trastornos del sueño, cuadros de ansiedad, depresión e incluso ideación suicida.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 47 años, con antecedentes de daño hepático crónico por abuso de alcohol, hipertensión arterial y consumo de sustancias, consulta en atención primaria por cuadro de más de 1 año de evolución de lesiones en cara, ambos brazos, abdomen, zona lumbar y extremidades inferiores, intensamente pruriginosas, eritematosas, inflamatorias y ulceradas, con signos de grataje. Paciente presenta en relación a lesiones, alteraciones del ánimo, deterioro de autoimagen e ideas de muerte. Se realiza interconsulta vía hospital digital, a dermatología, donde se confirma el diagnóstico y se indica tratamiento.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El prurigo nodular es una dermatosis poco conocida en atención primaria pero de fácil diagnóstico. Es por esta razón que es importante su conocimiento, para realizar un diagnóstico precoz y abordarla de manera integral, tratando las patologías crónicas y abordando la salud mental, considerando el gran impacto en la calidad de vida de los pacientes.
PALABRAS CLAVE	Atencion primaria de salud, Enfermedades de la piel, Prurigo.

TÍTULO TRABAJO	DEL PSEUDOSARCOMA DE KAPOSI, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	H (Especialidades- Dermatología)
AUTOR	Barraza López Ana (1)
CO-AUTORES	Mancilla Marín Javiera (2) Manzur Novoa Amira (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM de Villa Alegre, Villa Alegre (2) Médico General de Zona, Hospital de Futaleufú, Futaleufú
INTRODUCCIÓN	El término acroangiodermatitis o pseudosarcoma de Kaposi (PSK) se refiere a una entidad angioproliferativa autolimitada benigna. Se han utilizado diferentes nombres, como angiopatía displásica congénita, pseudosarcoma de Kaposi y angiomatosis capilar acral. Se ha descrito en pacientes con aumento de la presión venosa y estasis causada por insuficiencia venosa, anomalías arteriovenosas congénitas/adquiridas, derivaciones arteriovenosas y parálisis de miembros inferiores o muñones de amputación.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina, 47 años, inicia cuadro súbito de dolor en extremidad inferior (EEII) derecha con cambio de coloración. Consulta en servicio de urgencias de Hospital Regional, donde ingresa con impotencia funcional de EE. II, dolor, edema, eritema y calor local. Los exámenes de laboratorio revelan elevación de parámetros inflamatorios y dímero D 500ng/mL, por lo que, se decide hospitalización. El Eco Doppler descarta trombosis venosa profunda y se diagnostica celulitis, iniciando tratamiento con cefazolina. Durante la hospitalización, evoluciona con formación de flictenas en EE. II, con bordes eritematosos solevantados y extensión del cuadro. Los estudios inmunológicos e infecciosos son negativos y tras 10 días de tratamiento antibiótico, presenta leve mejoría del cuadro clínico con disminución de parámetros inflamatorios, por lo que se decide alta y seguimiento ambulatorio. Se realiza biopsia de piel diferida, que informa dermatitis crónica perivascular superficial y se mantiene tratamiento ambulatorio, pero sin respuesta completa, por lo que, se realiza nueva biopsia de piel que concluye angiomatosis vascular reactiva (acroangiodermatitis/pseudosarcoma de Kaposi).

DISCUSIÓN CONCLUSIONES	Y	El PSK es una afección rara y puede imitar al sarcoma de Kaposi, un tumor asociado al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras inmunodeficiencias, sin embargo, el PSK tiene características clínicas y patológicas diferentes y es crucial un diagnóstico diferencial preciso. Además, reconocer las características benignas del PSK ayuda a un tratamiento adecuado, donde muchas veces implica la corrección de la patología vascular subyacente.
PALABRAS CLAVE		Angiomatosis, Insuficiencia venosa, Malformaciones arteriovenosas.
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	PSICOSIS ASOCIADA AL CONSUMO DE FENTERMINA CLORHIDRATO, REPORTE DE UN CASO:
CLASE		Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA		h) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR		Toutin Espinoza Juan (1)
CO-AUTORES		Chacano Muñoz Rodrigo (1), Moya Díaz María (1)
AFILIACIÓN		(1) Médico General de Zona, CESFAM Canela, Canela.
INTRODUCCIÓN		La fentermina es una amina simpaticomimética, anorexigénica, utilizada para tratar la obesidad. Estimula al sistema nervioso central a través de la liberación de catecolaminas, inhibiendo el apetito. Está aprobada en algunos países sólo para uso a corto plazo. Sus efectos adversos (EA) frecuentes son insomnio y xerostomía, sin embargo, se ha descrito que hasta 1 de cada 670 personas que consumen derivados de anfetaminas pueden presentar síntomas psicóticos. El objetivo de este trabajo es exponer un EA poco común pero grave de fentermina, con el fin de demostrar su potencial riesgo de consumo sin prescripción médica.
PRESENTACIÓN DEL CASO		Mujer de 50 años, obesa, sin otros antecedentes, traída por cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por insomnio, conductas desinhibidas, heteroagresividad, verborrea e ideas delirantes. Niega trastornos afectivos previos o abuso de sustancias. Examen físico sin hallazgos relevantes. Se hospitaliza para estudio, iniciando tratamiento antipsicótico, estabilizador del ánimo y sedación. Evoluciona con delirium hipoactivo, que remite al disminuir sedación. Presenta cuadros de agitación psicomotora y agresividad. Frente a electroencefalograma y resonancia magnética de encéfalo, resultando normales. Se descartan causas tóxico-metabólicas de psicosis. Paciente refiere antecedente de automedicación con fentermina, suspendiéndose durante hospitalización. Evoluciona favorablemente,

vigil, orientada, atenta, sin nuevos episodios psicóticos, suicidalidad, ni ambulatoriamente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Ante un cuadro psicótico en un paciente sin antecedentes psiquiátricos ni consumo de sustancias, inicialmente se deben descartar patologías orgánicas. La remisión de los síntomas en relación a la suspensión de fentermina sugiere fuertemente una etiología secundaria a fármacos. Es necesaria la educación sobre los posibles EA de fentermina antes de prescribirla, considerando que en Chile la obesidad es un problema prevalente y el uso de fentermina es cada vez más frecuente.

PALABRAS CLAVE Efectos colaterales y reacciones adversas relacionados con medicamentos, Fentermina, Obesidad, Psicosis inducidas por sustancias.

TÍTULO DEL TRABAJO PSICOSIS INDUCIDA POR USO DE METILFENIDATO EN UN ESCOLAR: REPORTE DE UN CASO:

CLASE CASO CLÍNICO (CC)

CATEGORÍA H) Especialidades (Psiquiatría)

AUTOR Cruz Concha Karolina (1)

CO-AUTORES Jara Meza Francisca (1), Corvalán Díaz Verónica (1), Corvalán Díaz Josefina (2)

AFILIACIÓN (1) Médica Cirujana en Etapa de Destinación y Formación, Hospital de Hualañé, Hualañé
(2) Alumna de cuarto año Medicina Universidad de Talca, Talca

INTRODUCCIÓN El metilfenidato es un medicamento utilizado para el manejo del Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH). Al ser un psicoestimulante se han reportado casos de alucinaciones visuales y auditivas relacionadas a su uso en población pediátrica, aunque se describe como un hallazgo poco común e impredecible. Se presenta el siguiente caso donde se evidencia aparición de efectos secundarios al uso de este fármaco.

PRESENTACIÓN DEL CASO Femenina de 8 años con diagnóstico de TDAH y Trastorno del Espectro Autista (TEA). En comportamientos compulsivos y rituales, sin intención comunicativa y con episodios de heteroagresividad asociados a hiperactividad motora. Se inicia tratamiento con risperidona y metilfenidato a dosis terapéuticas. Inicialmente con buena respuesta, pero al cabo de un año inicia con alucinaciones visuales en donde ve a hombres y personas

fallecidas con rasgos caricaturescos. NP deriva a Psiquiatría Infantojuvenil (PIJ) por sospecha de psicosis primaria, sin embargo, lo desestiman y aumentan dosis de risperidona. Paciente se mantiene con alucinaciones por largo tiempo, las cuales le generan limitación funcional. Se vuelve a solicitar valoración por PIJ y sospechan psicosis inducida por metilfenidato, por lo que se disminuye dosis de psicoestimulante y mantiene risperidona. Al cabo de una semana hay respuesta favorable, pues alucinaciones visuales cesan en su totalidad. Se firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La psicosis inducida por metilfenidato es un fenómeno poco común que se reporta principalmente en población infanto juvenil. Si bien no es algo que se evidencia a diario es importante tenerlo en consideración tomando en cuenta la limitación funcional que puede generar en los pacientes de este grupo etario. Por otro lado, su manejo es bastante sencillo y abordable como se pudo observar en este caso donde la paciente presentó remisión de los síntomas una vez que se disminuyó la dosis del fármaco.

PALABRAS CLAVE Metilfenidato, Alucinaciones, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

TÍTULO DEL TRABAJO PARAPARESIA AGUDA COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE UN QUISTE SINOVIAL LUMBAR:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA g) Neurología

AUTOR Rebolledo Inostroza, Victoria (1)

CO-AUTORES Gómez Arce, Álvaro (1)
Saitua Pérez, Valentina (2)
Ruiz Heisse, Nicole (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Los Muermos (2) Médico General de Zona, DESAM Fresia
(3) Interno medicina, Universidad San Sebastián Sede Patagonia, Puerto Montt

INTRODUCCIÓN Los quistes sinoviales espinales son una lesión degenerativa lumbar infrecuente, que se originan en la cápsula de la articulación cigapofisaria. Su ubicación más frecuente es en la columna lumbar, aunque pueden ser cervicales o torácicos. Es más frecuente en mujeres en la sexta década de la vida. Su presentación más frecuente es con

radiculopatía y dolor lumbar, de manera menos frecuente ocurre déficit neurológico, unilateral o bilateral, o causan síndrome de cauda equina.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Mujer de 56 años con antecedente de dolor lumbar hace 2 años, consulta en urgencias por una semana de evolución de parestesias en ambas extremidades inferiores (EEII), en las últimas 24 horas asociado a paresia bilateral de EEII, parestesias en ambas extremidades superiores (EESS) y claudicación de la marcha. Al examen físico se encontraba orientada, con fuerza M4 en EESS, M3 en ambas EEII, sin alteración de la sensibilidad. Considerando la falta de acceso a exámenes es derivada al Hospital Base donde se realizó tomografía computada (TC) de cerebro que resultó normal, punción lumbar también normal y TC de columna lumbar que mostró proceso expansivo intrarraquídeo posterior en T12-L1. Es hospitalizada y posteriormente se realiza extirpación quirúrgica de la lesión. Posterior a ésta los síntomas mejoraron. La biopsia describe un quiste sinovial lumbar.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y El quiste sinovial lumbar es una entidad infrecuente que puede generar desde dolor lumbar con radiculopatía hasta paresia o plejía, aunque esto último es infrecuente. En el caso expuesto, la paciente se presentó con paraparesia de extremidades y tenía antecedentes de dolor lumbar que aparecieron de manera retrospectiva. Por lo anterior es relevante tener en consideración esta patología como diagnóstico diferencial del dolor radicular y de la paresia unilateral o paraparesia de EEI, para dar una solución adecuada al cuadro clínico.

PALABRAS CLAVE

Dolor de la Región Lumbar, quiste sinovial, Paraparesia

**TÍTULO
TRABAJO**

DEL PENSANDO FUERA DEL TÓRAX, FÍSTULA TRAQUEO BRONQUIAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEUMONÍA:

CLASE

Caso clínico (CC)

CATEGORÍA

Cirugía

AUTOR

Silva Leiva Tomás (1)

CO-AUTORES

Sandoval Chackiel Josefina (1), Araneda Lara Pablo (1)

AFILIACIÓN

(1) Médico general de zona, Hospital Dr. Benjamin Pedreros, Chanco

INTRODUCCIÓN

Las fístulas toraco biliares son comunicaciones anómalas entre la vía biliar y la pleura (fístulas pleuro biliares) o el árbol bronquial (fístula broncobiliar).

Los síntomas derivan de las afecciones hepáticas, biliares o pulmonares. En la forma aguda, los pacientes presentan fiebre, dolor subcostal derecho y distrés respiratorio. La fístula traqueo bronquial presenta derrame pleural con tos seca. La presencia de biliptisis es patognomónica de fístula broncobiliar. La forma crónica se presenta con fiebre intermitente, malestar general y baja de peso.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Mujer de 82 años con antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus y un quiste hidatídico hepático drenado percutáneamente. Meses antes de ser hospitalizada se le había diagnosticado EPOC por un cuadro de tos productiva crónica. Hospitalizada por presentar una semana de evolución de compromiso del estado general, tos productiva y fiebre cuantificada hasta 38°C. Destaca una radiografía de tórax con una imagen circular radiopaca en base derecha que se interpreta como foco de condensación. Completa tratamiento con ceftriaxona con mejoría sintomática, sin embargo, con persistencia de elevación de parámetros inflamatorios por lo que se decide complementar estudio con tomografía computada de tórax. La imagen evidencia foco de condensación cavitado con contenido hidroaéreo en el lóbulo inferior derecho con signos de fístula broncobiliar y una segunda fístula que atraviesa el diafragma formando una colección aérea a nivel subcapsular hepático derecho. Finalmente es trasladada a un centro de mayor complejidad donde se realiza aseo y decorticación pulmonar pulmonar derecha, mas presenta evolución tórpida por lo que se realiza una lobectomía inferior derecha y frenorrafia con doble pleurostomía.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y La fiebre con tos productiva suele atribuirse a neumonía, pero una evolución atípica exige considerar diagnósticos menos comunes. Este caso subraya la importancia de no cerrarse ante los diagnósticos más habituales y el valor del seguimiento clínico y paraclínico de casos atípicos.

PALABRAS CLAVE

Fístula, Neumonía, Tos

**TÍTULO
DEL
TRABAJO**

INFRECLENTE DE PIELONEFRITIS AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE

Caso clínico (CC)

CATEGORÍA

h) Especialidades

AUTOR

Salas Gantz, Javiera (1)

CO-AUTORES	Atala Cruz Fernández Fernández, Sofía (1)	Hermosilla, Fernández, Constanza Vaitiare (1)	(2)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Hospital Dr. Dino Stagno Maccioni, Traiguén. (2) Médico general de zona, Departamento de Salud Municipal, Traiguén.		
INTRODUCCIÓN	La pielonefritis enfisematosa (PE) es una infección riñón caracterizada por la aparición de gas intraparenquimatoso. Los principales factores de riesgo son la diabetes mellitus y la obstrucción del tracto urinario. Clínicamente se presenta como un cuadro de fiebre, escalofríos, dolor en flanco o ángulo costovertebral, náuseas y vómitos, los síntomas pueden ser de inicio abrupto o evolucionar lentamente durante 2 a 3 semanas. El diagnóstico se realiza generalmente con una tomografía computarizada que evidencia aire en el parénquima renal y tejidos circundantes. El tratamiento incluye terapia con antibióticos, alivio de la obstrucción del tracto urinario, drenaje percutáneo y/o nefrectomía.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina de 59 años diabética, consultó por cuadro de 2 días de evolución caracterizado por emesis y somnolencia, ingresó hipotensa y taquicárdica, se realizó reanimación con volumen y se trasladó a centro derivador para estudio con exámenes, destacando parámetros inflamatorios elevados y insuficiencia renal aguda, en tomografía destaca nefrolitiasis izquierda no obstructiva y burbujas de gas en sistema caliciario y uréter proximal izquierdo asociado a cambios edematosos perirrenales. Se presentó caso a urología quienes indica necesidad de ingreso a UCI, presentó evolución tórpida con necesidad de intubación, se mantuvo con antibioticoterapia empírica a la espera de urocultivo finalmente positivo a E. Coli multisensible, luego evolucionó favorablemente trasladándose a unidad de cuidados básicos para completar 21 días de antibióticos.		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La PE corresponde a una complicación poco frecuente de la pielonefritis aguda, sin embargo es altamente mortal, con tasas de mortalidad de hasta un 25%. La diabetes es el factor de riesgo más frecuente, estando presente en más del 90% de los casos de PE. Por lo tanto se requiere un alto índice de sospecha para esta patología es población de riesgo cursando con pielonefritis aguda, considerando la elevada mortalidad y la necesidad de seguimiento por parte de especialistas en urología.		

PALABRAS CLAVE	Diabetes mellitus, Infección del tracto urinario, Pielonefritis enfisematosa.
TÍTULO DEL TRABAJO	INFECCIÓN POST-CATETERISMO: UN DESENLACE VALVULAR:
CLASE	Caso Clínico (CC).
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Amigo Lam Pablo (1)
CO-AUTORES	Jimenez Rodriguez Pilar (1) Manhood Nuñez Susana (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de San Vicente, San Vicente (2) Médico General de Zona, Hospital de Chimbarongo, Chimbarongo
INTRODUCCIÓN	La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad grave y potencialmente mortal. En Chile la incidencia es de 2-3 casos por 100.000 habitantes al año, siendo una afección con elevada morbilidad y mortalidad. Los pacientes con bacteriemia por S. Aureus presentan un alto riesgo de desarrollar endocarditis. Los síntomas de presentación y los hallazgos clínicos asociados con la EI suelen ser inespecíficos, por lo que la ecocardiografía debe considerarse como parte de la evaluación inicial.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 86 años con reciente hospitalización por cuadro coronario asociado a sepsis de foco cutáneo secundario a coronariografía. Es encontrado por familiares en el suelo, posición fetal, sin pérdida de conciencia. A su ingreso hemodinámicamente estable, febril. Niega molestias pero se aprecia en regulares condiciones generales. Al examen físico destaca soplo sistólico V/VI (no descrito previamente), extremidades inferiores simétricas, edema (+), petequias en piernas, Sin signos de trombosis venosa profunda. Manos sin nódulos, uñas sin lesiones. Laboratorio control destaca parámetros inflamatorios elevados asociado a anemia moderada. Se hospitaliza como síndrome febril en estudio observación EI, se realiza Ecocardiograma donde se describe: Hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo con fracción de eyección mínimamente disminuido en presencia de hipocinesia difusa leve, auricular izquierda severamente dilatada, valvulopatía mitroaórtica degenerativa con estenosis aórtica moderada, sugieren la presencia de vegetación en velo anterior mitral que genere reflujo moderado. Hemocultivo:

presenta crecimiento de S. Aureus por lo que se inicia tratamiento con cloxacilina.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Las infecciones cutáneas posterior a realizar coronariografías son escasas pero hay un alto riesgo de presentar endocarditis posterior a cursa una bacteriemia, en estos caso se debería tener un seguimiento más estricto para estudios complementarios e inicio de tratamiento de manera precoz.

PALABRAS CLAVE Anemia, Endocarditis, Sepsis

TÍTULO DEL TRABAJO NO TODO ES ESCABIOSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA:

CLASE CC

CATEGORÍA h) Especialidades

AUTOR Lorca Cortés Pablo (1)

CO-AUTORES Loyola Salas Margot (1), Núñez Santander Matías (2), Parraguez Pacaje Tamara (2)

AFILIACIÓN (1) Médico EDF, CESFAM Cirujano Aguirre, Iquique
(2) Interno séptimo año de Medicina, Universidad de Tarapacá, Iquique

INTRODUCCIÓN El prurigo nodular (PN) es un trastorno crónico infrecuente, siendo un subtipo de prurigo crónico. Se caracteriza por nódulos hiperqueratósicos y en forma de cúpula intensamente pruriginosos. La etiología es heterogénea y multifactorial, incluyendo dermatológicas, sistémicas, neurológicas y psiquiátricas. Se ha asociado a diversas condiciones como dermatitis atópica, xerosis, trastornos psiquiátricos, enfermedades virales. Su prevalencia es del 1.3-2.6% en adultos y suele ser infradiagnosticado en la práctica clínica. La intensidad de los síntomas tiene un impacto negativo en el sueño, actividades diarias y apariencia, afectando negativamente la calidad de vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina de 31 años, nacionalidad peruana, sin antecedentes mórbidos conocidos. Acudió a consulta por cuadro recurrente de aproximadamente 3 años de evolución caracterizado por múltiples lesiones pruriginosas en tronco y extremidades, respetando palmas y plantas. El examen físico evidenció lesiones nodulares, con signos de grataje y pápulas eritematosas hiperpigmentadas. Vive en una toma, con escaso acceso a servicios básicos. Previamente había sido tratada en múltiples oportunidades por sospecha de escabiosis con distintos

esquemas, sin respuesta. Ante la duda diagnóstica se presenta en célula de hospital digital teledermatología donde se confirmó diagnóstico de PN, indicando tratamiento con jabón de afrecho, crema de urea, clobetasol 0.05% y levocetirizina en atención primaria, con buena evolución.

DISCUSIÓN	Y	Al ser una de las múltiples causas de prurigo crónico el diagnóstico puede pasar desapercibido debido a su presentación clínica y la falta de conocimiento general sobre la patología, siendo en muchos casos necesario el apoyo diagnóstico del especialista al considerarlo un diagnóstico diferencial. Dado el impacto sobre la calidad de vida la educación al paciente respecto a su patología cobra mayor relevancia, ya que las lesiones con hiperpigmentación son irreversibles. El tratamiento se enfoca en romper el ciclo del rascado mediante antihistamínicos, emolientes y corticosteroides tópicos.		
CONCLUSIONES				
PALABRAS CLAVE		Enfermedades de la Piel, Prurigo, Prurito, Teledermatología.		
TÍTULO DEL TRABAJO		PRURITO GENERALIZADO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LINFOMA NO HODGKIN EN ADULTA MAYOR, UN CASO DE SÍNDROME PARANEOPLÁSICO INFRECLENTE:		
CLASE		Caso clínico (cc)		
CATEGORÍA		b) Medicina Interna		
AUTOR		De Oliveira Gardella Rodrigo (1)		
CO-AUTORES		Ortiz	Lara	Oscar (2)
		Moya	Alvarez	Rafael (1)
		Vera Orellana Hector (1)		
AFILIACIÓN		(1) Médico General de Zona, Hospital Mario Sánchez Vergara, La Calera (2) Médico General de Zona, San Agustín de La Ligua, La Ligua		
INTRODUCCIÓN		El prurito crónico en el adulto mayor es un motivo de consulta frecuente, usualmente atribuido a causas dermatológicas, metabólicas o farmacológicas. Sin embargo, en un pequeño porcentaje, puede corresponder a una manifestación paraneoplásica. Su asociación con linfomas, especialmente el linfoma no Hodgkin, está documentada, pero frecuentemente subestimada, retrasando su diagnóstico.		
PRESENTACIÓN DEL CASO		Mujer de 80 años, sin antecedentes relevantes, consulta por prurito generalizado de 4 meses de evolución, sin lesiones cutáneas aparentes. El síntoma no responde a antihistamínicos ni corticoides tópicos. Examen físico muestra piel seca con excoriaciones por rascado, sin		

adenopatías palpables ni signos sistémicos. Laboratorio con función hepática, renal y tiroidea normal. Se solicita estudio inmunológico, perfil reumatológico y marcadores tumorales, todos en rango. Se realiza TAC de tórax, abdomen y pelvis por persistencia de síntomas, identificándose adenopatías retroperitoneales múltiples. Biopsia ganglionar por punción confirma linfoma no Hodgkin tipo B. Se inicia quimioterapia, con remisión completa del prurito al segundo ciclo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El prurito como síntoma paraneoplásico puede preceder por meses el diagnóstico de enfermedades oncohematológicas. En linfomas, especialmente del tipo no Hodgkin, el prurito puede ser el único síntoma inicial. Su fisiopatología es incierta, pero se asocia a la liberación de citoquinas y mediadores inflamatorios. Este caso destaca la importancia de mantener una alta sospecha clínica frente a prurito crónico inexplicado en adultos mayores, y demuestra cómo un síntoma aparentemente benigno puede ser la clave para el diagnóstico temprano de patologías malignas tratables.
PALABRAS CLAVE	Adulto Mayor, Linfoma no Hodgkin, Prurito, Síndrome Paraneoplásico
TÍTULO DEL TRABAJO	LESIONES CUTÁNEAS SÚBITAS: CASO DE PSEUDOANGIOMATOSIS ERUPTIVA EN PACIENTE PEDIÁTRICO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Dermatología)
AUTOR	Sotomayor Barros Arturo (1)
CO-AUTORES	Cortés López Belén (1), Araya Pino Camila (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, Hospital Familiar y Comunitario de Vilcún, Vilcún
INTRODUCCIÓN	La pseudoangiomatosis eruptiva es una enfermedad exantemática poco frecuente y benigna que se caracteriza por pápulas eritematosas que blanquean a la vitropresión rodeadas de halo blanquecino. Es autolimitada y se puede resolver hasta en 4 semanas. Su diagnóstico se basa en el aspecto de las lesiones y actualmente no existen exámenes complementarios ni hallazgos histopatológicos que permitan su confirmación. Afecta principalmente población pediátrica y se desconoce respecto a su origen o factores predisponentes.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 13 años sin antecedentes mórbidos consulta en urgencias por cuadro de 5 días de pápulas eritematosas con halo blanquecino evanescentes generalizadas con compromiso palmar

asociadas a prurito y dolor urente. Niega ingesta de medicamentos, alimentos o exposición previa a agentes tópicos nuevos. Se maneja inicialmente con prednisona 20mg día y clorfenamina 4mg noche por 3 días. Reconsulta por persistencia de síntomas por lo que se solicitan exámenes dentro de límites normales y se presenta caso a teledermatología, indicándose cuadro compatible con pseudoangiomatosis eruptiva y sugiriendo aumento de dosis de corticoides orales y antihistamínicos por 7 días. Evoluciona de manera favorable logrando remisión completa de lesiones tras 2 semanas. Se solicitó consentimiento informado a madre de usuaria para presentación de caso.

DISCUSIÓN	Y	Los cuadros dermatológicos son un desafío permanente debido a la variedad de manifestaciones clínicas cuyo diagnóstico recae predominantemente en observación y al abordaje acotado que se realiza en pregrado. En el caso expuesto se planteó inicialmente urticaria como diagnóstico, realizándose manejo farmacológico acorde que no logró mejoría clínica. Si bien tras la valoración por especialidad se indicó ajuste de dosis, este fracaso inicial sucedió principalmente por la evolución natural del cuadro que conlleva lenta resolución más que a un error terapéutico. Se requieren estudios adicionales que logren determinar su etiología y factores de riesgo.
CONCLUSIONES		
PALABRAS CLAVE		Dermatología, Enfermedades de la piel, Exantema.
TÍTULO DEL TRABAJO		ANGINA PECTORAL ATÍPICA EN PACIENTE CON PUENTE MIOCÁRDICO: A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE		Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA		b) Medicina Interna
AUTOR		Sotomayor Barros Arturo (1)
CO-AUTORES		Galleguillos León Sebastián (1), Araya Pino Camila (1)
AFILIACIÓN		(1) Médico EDF, Hospital Familiar y Comunitario de Vilcún, Vilcún
INTRODUCCIÓN		El puente miocárdico es una condición congénita en que parte de vasos coronarios transcurren a través del miocardio, sufriendo compresión variable. A pesar de que la mayoría cursan de manera asintomática, pueden provocar desde arritmias, angina pectoral, síndrome coronario agudo (SCA), hasta muerte súbita. Habitualmente se presentan en individuos sin factores de riesgo

cardiovascular y su manejo considera uso de betabloqueo y calcioantagonistas, reservándose la resolución quirúrgica para casos refractarios.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente con antecedente de fibrilación auricular resuelta con ablación acude a urgencias por dolor precordial de inicio súbito irradiado a miembros superiores asociado a diaforesis. En evaluación inicial se realiza electrocardiograma sin alteraciones y se administran antiinflamatorios no esteroideos y opioides endovenosos, persistiendo síntomas. Se solicitan exámenes destacando elevación de troponinas por lo que se realiza coronariografía que descarta obstrucción endoluminal pero pesquisa arterias coronarias tortuosas con puente intramuscular en tercio medio de arteria descendente anterior. Se maneja con ácido acetilsalicílico, estatinas dosis alta y betabloqueo logrando recuperación completa y ausencia de síntomas al alta. Se solicitó consentimiento informado a paciente para presentación de caso.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y Actualmente plantea un desafío debido a que su diagnóstico requiere técnicas imagenológicas no disponibles en centros de baja complejidad y que el uso de nitratos está contraindicado por el aumento de isquemia miocárdica en estos casos, además de que puede no requerirse trombolisis si es que no hay accidente de placa asociada. De este modo, su abordaje de acuerdo a lo establecido en guías clínicas para SCA puede resultar en consecuencias negativas. Existe evidencia que señala un riesgo aumentado de aterosclerosis en este grupo de pacientes, por lo que se debe enfatizar la modificación de factores de riesgo cardiovasculares y el uso de antiagregantes plaquetarios. Se requieren más estudios que permitan mejorar los métodos diagnósticos para realizar una pesquisa oportuna a nivel primario de salud.

PALABRAS CLAVE

Cardiología, Puente miocárdico, Síndrome Coronario Agudo

**TÍTULO
DEL TRABAJO**

PÉNFIGO FOLIÁCEO, REPORTE DE CASO:

CLASE

Dermatología

CATEGORÍA

Caso clínico (cc)

AUTOR

Palacios Pawathon Valentina (1)

COAUTOR 1	Maureira Bahamondes Camila (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Alhué, Alhué , Región Metropolitana (2) Médico General de Zona, Hospital Comunitario Florencio Vargas Díaz, Diego de Almagro, Región de Atacama
INTRODUCCIÓN	El pénfigo es una enfermedad ampollosa autoinmune, órgano-específica y poco frecuente, afecta principalmente piel y mucosas. Se clasifica en dos grandes grupos: pénfigo vulgar y pénfigo foliáceo (PF). Este último se caracteriza, por la aparición de ampollas superficiales sobre una base eritematosa. Estas lesiones son frágiles y de corta duración, por lo que rara vez se observan. El objetivo de este trabajo es recordar las características clínicas del PF a través de la presentación de un caso clínico, con el fin de facilitar su reconocimiento y diagnóstico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Adulta mayor, antecedentes de demencia y Parkinson, quien comenzó con lesiones cutáneas que inician tipo flictenas culminando en lesiones descamativas, recibió múltiples tratamientos tópicos automedicados, sin mejoría. Se comunican con Centro de Salud Familiar para recibir atención. Al examen físico se evidencian lesiones cutáneas pruriginosas en extremidades y tronco de característica eritematosa descamativa con bordes arciformes con tendencia a curación central y múltiples flictenas generalizadas por lo cual se indicó pulso de prednisona 20 mg dado sospecha de Pénfigo, se deja indicación de curaciones diarias, se genera interconsulta a dermatología, posteriormente es citada a centro de mayor complejidad, se realiza biopsia evidenciando acantolisis, confirmando diagnóstico de PF, se indica prednisona de 5 mg al día junto a omeprazol 20 mg diarios, a lo cual paciente responde favorablemente.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El PF representa un desafío para el personal de salud, ya que suele estar subdiagnosticada. Se caracteriza por un curso crónico y, en la mayoría de los casos, afecta más del 5% de la superficie corporal. Su diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas, apoyado por los hallazgos histopatológicos. El tratamiento de primera línea consiste principalmente en el uso de corticoides sistémicos. Es fundamental destacar la importancia de un diagnóstico preciso y un tratamiento oportuno, para mejorar el pronóstico y la evolución de la enfermedad
PALABRAS CLAVE	Acantolisis – Autoinmune - Pénfigo

TÍTULO DEL TRABAJO	QUERATITIS POR ACANTHAMOEBA, UNA INFECCIÓN ASOCIADA A USO DE LENTES DE CONTACTO, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	h) Especialidades (Oftalmología)
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Campos Duncker Gabriela (1)
CO-AUTORES	Alamos Silva Elisa (2), Moreno Ávila Consuelo (3)
AFILIACIÓN	(1) Médica general de zona, CESFAM Dr. Juan Petrinovic, Recoleta, Servicio de Salud Metropolitano Norte (2) Médica general de zona, CESFAM Dr. Juan Petrinovic, Recoleta, Servicio de Salud Metropolitano Norte (3) Médica general de zona, CESFAM Dr. Juan Petrinovic, Recoleta, Servicio de Salud Metropolitano Norte
INTRODUCCIÓN	La acanthamoeba es un protozoo tipo ameba que puede causar una queratitis oftálmica grave. Es poco frecuente y se ha visto un incremento de su prevalencia por el aumento de uso de lentes de contacto (LDC) asociado a mal uso y mantenimiento de éstos. La sintomatología puede ser muy variada, incluyendo dolor intenso y compromiso agudeza visual. El diagnóstico se apoya en métodos de cultivo y moleculares. Un tratamiento oportuno evita complicaciones severas como ceguera.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenino de 66 años, usuaria de LDC sin manejo adecuado de higiene, acudió con médico atención primaria por sensación de cuerpo extraño en ojo izquierdo (OI), ojo rojo y oftalmalgia con diagnóstico de herpes ocular que se maneja con aciclovir. Evoluciona tórpidamente, evaluada por oftalmología se diagnostica queratitis atípica, con sospecha infección micótica versus amebiana. Al examen físico presión intraocular normal, agudeza visual (AV) sin percepción luz OI. Biomicroscopía Ojo derecho (OD) normal. OI hiperemia conjuntival, corneal con defecto epitelial central de 10 mm de extensión, infiltrado en anillo asociado en 360°, pannus en 360°. Se toman cultivos y se indica tratamiento empírico con Clorhexidina 0.02% y gatifloxacino 0.3% con escasa respuesta. Se recibe resultado con hallazgo de trofozoitos y quistes de acanthamoeba. Paciente en tratamiento escalonado con biguanidas sin mejoría en 6 meses, a la espera de cierre de úlcera corneal o eventual trasplante corneal.

DISCUSIÓN CONCLUSIONES	Y	La queratitis por acanthamoeba es de difícil diagnóstico por los síntomas inespecíficos y los múltiples diagnósticos diferenciales como infecciones virales o micóticas. Sin embargo, debe siempre considerarse en pacientes usuarios de LDC con precarios cuidados de higiene. El pronóstico radica en el diagnóstico y tratamiento precoz, teniendo igualmente una alta resistencia a tratamientos y pocas opciones terapéuticas disponibles en Chile, donde no hay fácil acceso a diamidinas, propamidina, entre otros.
PALABRAS CLAVE		Acanthamoeba, Queratitis, Úlcera de la córnea
TÍTULO DEL TRABAJO		QUERATITIS POR ACANTHAMOEBA, UNA INFECCIÓN ASOCIADA A USO DE LENTES DE CONTACTO, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE		h) Especialidades (Oftalmología)
CATEGORÍA		Caso clínico (cc)
AUTOR		Campos Duncker Gabriela (1)
CO-AUTORES		Alamos Silva Elisa (2), Moreno Ávila Consuelo (3)
AFILIACIÓN		(1) Médica general de zona, CESFAM Dr. Juan Petrinovic, Recoleta, Servicio de Salud Metropolitano Norte (2) Médica general de zona, CESFAM Dr. Juan Petrinovic, Recoleta, Servicio de Salud Metropolitano Norte (3) Médica general de zona, CESFAM Dr. Juan Petrinovic, Recoleta, Servicio de Salud Metropolitano Norte
TÍTULO DEL TRABAJO		QUERATITIS POR ACANTHAMOEBA, UNA INFECCIÓN ASOCIADA A USO DE LENTES DE CONTACTO, A PROPÓSITO DE UN CASO:
INTRODUCCIÓN		La acanthamoeba es un protozoo tipo ameba que puede causar una queratitis oftálmica grave. Es poco frecuente y se ha visto un incremento de su prevalencia por el aumento de uso de lentes de contacto (LDC) asociado a mal uso y mantenimiento de éstos. La sintomatología puede ser muy variada, incluyendo dolor intenso y compromiso agudeza visual. El diagnóstico se apoya en métodos de cultivo y moleculares. Un tratamiento oportuno evita complicaciones severas como ceguera.
PRESENTACIÓN DEL CASO		Paciente femenino de 66 años, usuaria de LDC sin manejo adecuado de higiene, acudió con médico atención primaria por sensación de cuerpo extraño en ojo izquierdo (OI), ojo rojo y oftalmalgia con diagnóstico de herpes ocular que se maneja con aciclovir. Evoluciona tórpidamente, evaluada por oftalmología se diagnostica queratitis atípica, con

sospecha infección micótica versus amebiana. Al examen físico presión intraocular normal, agudeza visual (AV) sin percepción luz OI. Biomicroscopía Ojo derecho (OD) normal. OI hiperemia conjuntival, corneal con defecto epitelial central de 10 mm de extensión, infiltrado en anillo asociado en 360°, pannus en 360°. Se toman cultivos y se indica tratamiento empírico con Clorhexidina 0.02% y gatifloxacino 0.3% con escasa respuesta. Se recibe resultado con hallazgo de trofozoitos y quistes de *acanthamoeba*. Paciente en tratamiento escalonado con biguanidas sin mejoría en 6 meses, a la espera de cierre de úlcera corneal o eventual trasplante corneal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La queratitis por *acanthamoeba* es de difícil diagnóstico por los síntomas inespecíficos y los múltiples diagnósticos diferenciales como infecciones virales o micóticas. Sin embargo, debe siempre considerarse en pacientes usuarios de LDC con precarios cuidados de higiene. El pronóstico radica en el diagnóstico y tratamiento precoz, teniendo igualmente una alta resistencia a tratamientos y pocas opciones terapéuticas disponibles en Chile, donde no hay fácil acceso a diamidinas, propamidina, entre otros.

PALABRAS CLAVE Acanthamoeba, Queratitis, Úlcera de la córnea

TÍTULO DEL TRABAJO QUISTE BRONCOGÉNICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS RECURRENTES Y DISFAGIA, REPORTE DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA c) Pediatría y Cirugía Infantil

AUTOR Taha Córdova Natalia (1)

CO-AUTORES Barrueto Weiss Pablo (2), Salgado Zambrano Piero (1)

AFILIACIÓN (1) Médico general de zona, CESFAM Chonchi, Chonchi (2) Médico general de zona, CESFAM Puqueldón, Puqueldón

INTRODUCCIÓN Los quistes mediastínicos son malformaciones congénitas infrecuentes, siendo los quistes broncogénicos una de sus variantes. Su manifestación clínica habitual en pediatría incluye dificultad respiratoria aguda o estridor, especialmente en lactantes o preescolares. Sin embargo, su presentación puede ser variable y sutil, muchas veces asintomáticos y descubiertos como hallazgo incidental en estudios por imágenes. Este caso ilustra una forma atípica de debut

en un paciente escolar con síntomas respiratorios recurrentes y disfagia.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Se presenta caso previa obtención de consentimiento informado. Paciente de sexo masculino de 10 años, sin antecedentes mórbidos, consultó por cuadro de seis días de evolución caracterizado por fiebre, tos húmeda productiva, mialgias y cefalea. Madre agregó que el paciente tuvo antecedentes de cuadros respiratorios recurrentes desde hace un año, asociado a disfagia lógica que alivia al movilizar el cuello. Al examen físico destacó descarga posterior abundante, murmullo pulmonar presente con estertores finos bibasales, sin signos de dificultad respiratoria. Se sospechó bronquitis aguda y se indicó manejo ambulatorio, además de control con radiografía de tórax. Reconsultó al día siguiente para revisar resultados. La radiografía evidenció opacidad masiforme paratraqueal derecha, que ejerce tenue efecto de masa. Se derivó a nivel secundario, donde se solicitó tomografía computarizada de tórax contrastada, que mostró imagen quística de paredes finas con contenido líquido en el mediastino medio, paratraqueal derecho, compatible con quiste broncogénico. Actualmente se encuentra en lista de espera para resolución quirúrgica.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y Este caso resalta la importancia de una evaluación detallada en niños con síntomas respiratorios persistentes, especialmente cuando se asocia a síntomas atípicos tales como disfagia. Los quistes broncogénicos, aunque infrecuentes, deben ser considerados en el diagnóstico diferencial. El diagnóstico por imágenes es fundamental para su identificación oportuna. La sospecha clínica en este caso permitió un abordaje adecuado y derivación oportuna para tratamiento definitivo.

PALABRAS CLAVE

Quiste Broncogénico, Enfermedades del Mediastino, Trastornos de Deglución

**TÍTULO
TRABAJO**

DEL QUISTE MESENTÉRICO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO. REPORTE DE CASO.

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA

Cirugía

AUTOR

Sanihe Andreina Rivero Muñoz (1)

CO-AUTORES	Bastian Marion Gabriel David Álvarez Miranda (4)	Ignacio Belén	Reyes Espinoza	Morales Henríquez	(2) (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General, Hospital de Talagante, Talagante. (2) Interno de Medicina, Hospital de Talagante, Universidad Autónoma De Chile. Santiago. (3) Interna de Medicina, Hospital San Luis de Buin, Universidad Autónoma De Chile. Santiago. (4) Interno de Medicina, Hospital Parroquial de San Bernardo, Universidad Autónoma De Chile. Santiago.				
INTRODUCCIÓN	El Quiste Mesenterico (QM) es una patología rara que consiste en una tumoración que nace de las estructuras que componen el mesenterio. Hasta el día de hoy se desconocen las causas que lo provocan, sin embargo, por hallazgos histopatológicos, se presume que la formación de QM se debe principalmente a alteraciones en la formación del tejido linfático, aún así pueden tener origen embrionario, traumáticos, neoplásicos, infecciosos o degenerativos. Clínicamente se pueden presentar asintomáticos, con síntomas crónicos o incluso como abdomen agudo. El diagnóstico principalmente se realiza con Ecotomografía o tomografía axial computada. Finalmente el tratamiento es la extirpación completa del tumor, con marsupialización o incluso resección de segmento intestinal en los casos donde la irrigación está comprometida.				
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 36 años, acude a urgencias por cuadro de un mes de duración caracterizado por dolor abdominal leve en mesogastrio, exacerbado hasta EVA 10/10 posterior a transgresión alimentaria. Ingresa estable, febril. Al examen físico, abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda con signos de irritación peritoneal positivos. Se realiza TAC de abdomen y pelvis contrastada donde se evidencia lesión quística de 97x83x94 mm asociada a cambios inflamatorios con probable dependencia mesentérica. Al laboratorio con parámetros inflamatorios elevados. Se decide intervención quirúrgica donde se realiza resección de tumoración de 10 cm y segmento de asa delgada peri lesional, con posterior confección de anastomosis latero-lateral.				
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Los QM suelen presentarse con clínica abdominal insidiosa dada principalmente por el efecto de masa. Sin embargo, aunque raro, se puede presentar como abdomen agudo, generalmente secundario a una complicación con hemorragia, torsión, ruptura o lesión de tejidos vecinos. Si bien es una patología infrecuente, debe ser considerada				

como parte del diferencial de abdomen agudo especialmente cuando se acompañan de dolores crónicos y masa palpable.

PALABRAS CLAVE	Quiste Mesentérico, Malformación, Tejido Linfático, Abdomen agudo, asintomáticos, ecotomografía, extirpación, marsupialización, resección.
TÍTULO DEL TRABAJO	RABDOMIÓLISIS INDUCIDA POR EJERCICIO, A PROPÓSITO DE UN CASO
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	Medicina Interna (b)
AUTOR	Ojeda Cifuentes, Gonzalo Ignacio (1)
CO-AUTORES	Molina Pantoja, Patricia Valentina (2) González Schumacher, Diego Ignacio (3) Aravena Solar, Joselin Del Carmen (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF CESFAM Hualqui, Servicio Salud Concepción. (2) Médico EDF CESFAM Ercilla, Servicio Salud Araucanía Norte. (3) Médico APS CESFAM Valle la Piedra, Chiguayante. (4) Interna de Medicina Universidad San Sebastián, Concepción.
INTRODUCCIÓN	La rabdomiólisis (RML) es un síndrome caracterizado por la liberación de elementos intracelulares a circulación sistémica tras la necrosis del músculo esquelético, los cuales son tóxicos y con complicaciones potencialmente graves. La presentación típica incluye dolor muscular, fatiga y orina oscura, asociada a la elevación de creatina quinasa (CK) y otros reactantes de lisis celular (lactato deshidrogenasa -LDH- y transaminasas). Existen múltiples causas, las principales son: trauma, fármacos, drogas y sepsis. El tratamiento se orienta a la prevención de la lesión renal aguda con fluidoterapia intensiva. El objetivo es presentar un caso de rabdomiólisis severa en paciente con presentación habitual para familiarizar al personal médico con el diagnóstico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 30 años, sin comorbilidades ni uso de fármacos, inicia actividad deportiva reciente y posterior a 3 días de última sesión, debuta con mialgias generalizadas, artralgias hipertransaminasemia mayor a 40 veces rango normal, LDH: 1530UI/L, orina completa: hemoglobinuria+++, creatinina: 0.87mg/dL. Se hospitaliza en contexto de rabdomiólisis severa y se inicia volemicización con solución salina 0.9% a 150 cc/hr asociado a bicarbonato oral. Evoluciona favorablemente, con curva CK total en descenso, sin disfunción renal y clínicamente sin dolor, por lo que se

egresa al quinto día sin complicaciones. Se autoriza el caso por consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El ejercicio físico es una causa infradiagnosticada de la RML, se presenta en individuos no entrenados que inician actividad deportiva o de mayor intensidad. La sospecha clínica mediante la historia es clave en el diagnóstico, y la consulta precoz es fundamental en la prevención de la lesión renal aguda y la respuesta favorable a la fluidoterapia, como el caso presentado.

PALABRAS CLAVE Rabdomiólisis, Creatina Quinasa, Lesión Renal Aguda.

TÍTULO DEL TRABAJO REFLUJO GASTROESOFÁGICO COMO MOTIVO DE CONSULTA EN CONTEXTO DE ESCLEROSIS SISTÉMICA SUBDIAGNOSTICADA, CASO CLÍNICO:

CLASE CASO CLÍNICO

CATEGORÍA b) MEDICINA INTERNA

AUTOR Moreno Hernández Monserrat (1)

CO-AUTORES Rivera Sandoval Joshef (1), Soto Riquelme Tomás (2) Pérez Vergara Paulina (3).

AFILIACIÓN (1) Médico Cirujano EDF Servicio de Salud Ñuble, CESFAM Violeta Parra, Chillán (2) Médico Cirujano, EDF Servicio de Salud Ñuble, CESFAM Joel Arriagada Peña, Pinto (3) Interna de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán.

INTRODUCCIÓN La Esclerosis Sistémica (ES) es una enfermedad multisistémica crónica de causa desconocida, caracterizada por fibrosis y vasculopatía. Es infrecuente, con una prevalencia de 275 casos por millón y una incidencia anual de 19 casos por millón. Se clasifica en tres subtipos según la extensión de la afectación cutánea. La Esclerosis Sistémica Cutánea Limitada se asocia a hipertensión pulmonar y síndrome de CREST; calcinosis, fenómeno de Raynaud, disfunción esofágica, esclerodactilia y telangiectasias. Los síntomas esofágicos son comunes en pacientes con ES, y se han reportado hallazgos objetivos de disfunción esofágica en hasta 90% de los pacientes, siendo el esófago el segundo órgano más afectado en la ES después de la piel. Aún así, es un cuadro clínico poco conocido y poco diagnosticado en atención primaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina de 72 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial y Dislipidemia. Consultó en CESFAM por síntomas de reflujo

gastroesofágico. Se solicitó Endoscopia Digestiva Alta que objetivó incompetencia del esfínter gastroesofágico. En la anamnesis dirigida se pesquisó cuadro episódico sugerente de fenómeno de Raynaud y gonalgia. Al examen físico con facie esclerodérmica, esclerodactilia, signos inflamatorios de rodillas y crépitos bibasales. Radiografía de tórax mostró signos de enfermedad pulmonar intersticial difusa, de manos mostró deformidad de falange distal del índice derecho, y de rodillas mostró condrocalcinosis. Se derivó a Reumatología por sospecha de ES con cuatro signos de síndrome de CREST.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico es frecuente en Chile, con una prevalencia de hasta un 30%, por lo que constituye un motivo de consulta frecuente en atención primaria. Sus causas son multifactoriales, por lo que es importante considerar que pudiese ser parte de diagnósticos infrecuentes, tales como la ES. Para ello es fundamental realizar un análisis del cuadro clínico completo que pudiese sugerir una causa sistémica y orientar estudios complementarios.

PALABRAS CLAVE Esclerosis Sistémica, Reflujo Gastroesofágico, Síndrome CREST, Síndrome de Raynaud.

TÍTULO DEL TRABAJO RELEVANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN DEL VIRUS LINFOTRÓPICO DE CÉLULAS T HUMANO EN DONANTES DE SANGRE, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Salas Reyes Pilar (1)

CO-AUTORES Vallespín Neira Javiera (2), Tala Pfeil Joaquín (3), Conejeros García Arantza (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Eduardo Frei Montalva, La Cisterna
(2) Médico General de Zona, CESFAM Miraflores, Viña del Mar (3) Estudiante de quinto año de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago

INTRODUCCIÓN El virus linfotrópico de células T humano (HTLV) es un retrovirus oncogénico ya que provoca el crecimiento continuo de los linfocitos T. Su forma de transmisión más frecuente es por lactancia materna. Su infección es crónica y generalmente asintomática, pero se ha asociado con leucemia-linfoma T del adulto (LTA) y una neuropatía denominada

	paraparesia espástica tropical (PET). Un estudio de seroprevalencia realizado en donantes de sangre en Chile, mostró una prevalencia de HTLV-2 de 0,14 por 1.000 habitantes entre 2011 y 2013, reafirmando que es una infección endémica. El objetivo de este caso es visibilizar la infección por HTLV-2 como un problema significativo en poblaciones endémicas y destacar la importancia de su detección en el análisis en donantes de sangre.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina sin antecedentes personales de relevancia consulta por examen de donante de sangre alterado. Exámenes preventivos muestran inmunoensayo de electroquimioluminiscencia y reacción en cadena de polimerasa positivos para virus HTLV-2 validados por el instituto de salud pública.. Niega presencia de parestesias, paresias, espasticidad, compromiso de esfínteres o presencia de masas. Refiere que madre también donó sangre y tiene la misma afectación. Ambas vivían en Arica y se reconocen como Aymara. Antecedente de leucemia en abuelo paterno. Se obtuvo consentimiento informado según protocolo.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El virus HTLV es uno de los oncovirus más carcinogénicos. Su alta morbimortalidad y su carácter endémico en Chile lo hacen una carga significativa para el sistema de salud, y su erradicación debe ser una prioridad. Para esto, se debe conocer su epidemiología, teniendo la sospecha diagnóstica ante historia de LTA o PET personal o familiar, especialmente en pueblos originarios. Finalmente, el rol del médico de Atención Primaria de Salud es fundamental, pues la erradicación de este virus se basa en la educación de las personas infectadas sobre sus modos de transmisión, tanto horizontal como vertical.
PALABRAS CLAVE	Atención Primaria de Salud, Infecciones por HTLV-II, Leucemia-Linfoma de Células T del Adulto
TÍTULO DEL TRABAJO	DERRAME PLEURAL MALIGNO COMO DEBÚT DE CÁNCER RENAL, REPORTE DE CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Gatica Pinilla Camila (1)
CO-AUTORES	Garrido Pereira Camila (2), Tapia del Rio Daniela (3)

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cecosf Villa Mañihuales, Aysén (2) Médico General de Zona, Cecosf Puerto Chacabuco, Aysén (3) Médico General de Zona Cesfam Víctor Domingo Silva, Coyhaique
INTRODUCCIÓN	El derrame pleural constituye un cuadro clínico cuya etiología representa un desafío diagnóstico. Sus causas más frecuentes incluyen patologías cardíacas, infecciosas y neoplásica. El derrame pleural maligno secundario a carcinoma de células renales (CCR) es relativamente infrecuente, representando aproximadamente el 1-2% del total de derrames pleurales malignos.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino, 77 años con antecedentes de hipertensión arterial cursa cuadro de diez días de disnea progresiva, ortopnea, tos productiva, afebril. Al ingreso destaca murmullo pulmonar disminuido en campo derecho, pectoriloquia áfona, matidez y uso de musculatura accesoria. Se solicita tomografía axial computarizada (TAC) de tórax que muestra derrame pleural masivo derecho, engrosamientos pleurales y nódulos pulmonares de aspecto metastásico. Se procede a la instalación de tubo pleural con mejoría de mecánica ventilatoria; a modo de control y para estudio etiológico se toma TAC tórax, abdomen y pelvis que muestra derrame pleural parcialmente drenado, adenopatías mediastínicas y voluminosa lesión masiforme en riñón derecho de aspecto neoplásica. Posteriormente, se realizó videotoracoscopia con pleurodesis, logrando una buena respuesta clínica, y se obtuvo una biopsia que confirmó el diagnóstico de CCR de células claras.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El CCR se caracteriza por su presentación clínica variable, la tríada clásica que incluye hematuria, dolor abdominal y masa palpable, está presente en menos del 10% de los casos. Con mayor frecuencia, los pacientes presentan síntomas sistémicos, tales como hipertensión, hipercalcemia o policitemia, o manifestaciones derivadas de metástasis a distancia. La presencia de metástasis pulmonares es una localización frecuente de diseminación, sin embargo, el compromiso pleural con o sin nódulos pulmonares es un evento infrecuente. Este caso enfatiza por un lado la importancia de una evaluación diagnóstica exhaustiva en pacientes con derrame pleural de etiología no clara, incluyendo la búsqueda de neoplasias primarias subyacentes y por otro, que el CCR puede ser el responsable a través de metástasis pleural.
PALABRAS CLAVE	Carcinoma células renales, Derrame pleural maligno, Metástasis de la neoplasia

TÍTULO TRABAJO	DEL ÍLEO BILIAR COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, REPORTE DE CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Gatica Pinilla Camila (1)
CO-AUTORES	Tapia Del Rio Daniela (2), Garrido Pereira Camila (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cecosf Villa Mañihuales, Aysén (2) Médico General de Zona Cesfam Víctor Domingo Silva, Coyhaique (3) Médico General de Zona, Cecosf Puerto Chacabuco, Aysén
TÍTULO TRABAJO	DEL ÍLEO BILIAR COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: REPORTE DE CASO:
INTRODUCCIÓN	Íleo biliar (IB) se define como obstrucción mecánica secundaria a presencia de uno o más cálculos biliares en el tracto gastrointestinal. El IB representa el 0.3-0.5% de las complicaciones de colecistolitiasis y el 1 a 3% de las obstrucciones intestinales, siendo más frecuente en mujeres y en población mayor de 65 años. Su diagnóstico es difícil debido a la inespecificidad de los síntomas lo que impacta en la morbimortalidad.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina, 64 años con antecedentes de cardiopatía coronaria, diabetes tipo 2 insulino-requiere, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica e hipotiroidismo; presenta cuadro de dolor abdominal epigástrico de 24 horas, asociado a emesis, compromiso del estado general, sin fiebre ni cambio en deposiciones. Al examen físico signos vitales estables, abdomen doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda, blumberg positivo. Exámenes de laboratorio muestran parámetros inflamatorios elevados y falla renal aguda sobre crónica. Se realiza Colangiografía que informa colelitiasis, fístula colecisto-duodenal asociado a íleo biliar con múltiples cálculos en íleon. Se realiza enterolitotomía y reparación de fístula en un segundo procedimiento.
DISCUSIÓN CONCLUSIONES	Y El IB ocurre cuando un cálculo pasa al intestino a través de una fístula, generalmente entre la vesícula biliar y duodeno; siendo el lugar más frecuente de obstrucción el íleon distal. Constituye una causa infrecuente de obstrucción intestinal por lo que se requiere un alto índice de sospecha clínica; en contextos hospitalarios de baja complejidad una radiografía de abdomen podría mostrar la tríada de Rigler (neumbilia, lito y distensión de asas) que es patognomónica

pero presente en menos del 50% de los casos. La tomografía en cambio tiene sensibilidad del 93% y especificidad cercana al 100%, por lo cual se considera el examen de elección. La mortalidad asociada varía entre 12% y 27%, y la morbilidad alcanza el 50% debido a la edad avanzada, comorbilidades, ingreso y tratamiento tardío.

PALABRAS CLAVE	Dolor abdominal, Ileus, Obstrucción intestinal
TÍTULO DEL TRABAJO	REPORTE DE CASO: CÁNCER APENDICULAR SOSPECHA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Guerrero Gutiérrez Nicolás (1)
CO-AUTORES	Sarzosa Adaos Nicolás (1), Aguilera Flores Yerko (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF CESFAM Yanequén, Negrete.
INTRODUCCIÓN	El cáncer de apéndice corresponde a un grupo de neoplasias epiteliales y neuroendocrinas de rara frecuencia correspondiendo al 0.5-1% de las neoplasias intestinales. Habitualmente se diagnóstica de forma incidental en el 1% de las apendicectomías. Las principales manifestaciones clínicas son dolor abdominal crónico, distensión, obstrucción intestinal, ascitis y en algunos casos se presentan de forma asintomática.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Femenina 45 años con antecedente de fibromialgia. Consultó por cambios del hábito intestinal, hematoquecia y dolor abdominal de más de 1 mes de evolución. Se realizó colonoscopia completa sin hallazgo de tumoraciones. Se realizó endoscopia digestiva alta que destacó gastropatía crónica activa. A los 6 meses consultó por persistencia de dolor abdominal, intensificado en hipocondrio derecho asociado a náuseas. Se realizó Tomografía Computada de Abdomen y Pelvis que informó engrosamiento parietal irregular en el polo cecal y base apendicular, múltiples lesiones focales hepáticas sólidas indeterminadas, adenopatías ileocólicas. Se realizó biopsia hepática que informó adenocarcinoma posiblemente metastásico. Posteriormente evolucionó con apendicitis aguda, se realizó apendicectomía y biopsia de apéndice cecal que informó adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

DISCUSIÓN	Y	El cáncer de apéndice es infrecuente, el tratamiento varía según el
CONCLUSIONES		estadio de este. En estadio I se recomienda la resección quirúrgica con observación dada la baja probabilidad de compromiso ganglionar. En estadio II y III se recomienda resección y quimioterapia adyuvante. En estadio IV no hay muchos estudios que avalen la quimioterapia sistémica. Se extrapola el tratamiento de cáncer colorrectal en la misma etapa. El diagnóstico de cáncer de apéndice puede ser muy desafiante debido a su baja frecuencia y sus diagnósticos diferenciales. Sin embargo, es importante mantener un crítico juicio clínico y considerarlo dentro de las posibilidades diagnósticas en pacientes que presentan dolor abdominal y sangrado digestivo. De esta manera poder pesquisar en etapas tempranas para mejorar el pronóstico de las personas.
PALABRAS CLAVE		Apendicectomía, Neoplasias del Ciego, Neoplasias del Sistema Digestivo.
TÍTULO DEL TRABAJO		REPORTE DE LESIONES MÁS FRECUENTES OPERADAS EN CIRUGÍA MENOR DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA RURAL ENTRE 2023-2024:
CLASE		Trabajo de investigación (TI)
CATEGORÍA		a) Medicina Familiar
AUTOR		Varas Cabezas, Gabriel (1)
CO-AUTORES		Lagos Cárcamo, Matías (1)
AFILIACIÓN		(1) Medico EDF, Cesfam Raúl Gonzalez Bugueño, Punitaqui
INTRODUCCIÓN		La cirugía menor en atención primaria constituye una herramienta valiosa para la resolución de patologías cutáneas de baja complejidad, de forma oportuna, reduciendo listas de espera, costos de traslado y mejorando el acceso en zonas rurales. Conocer la tendencia de las lesiones tratadas, permite una planificación clínica y la optimización de recursos. Este estudio se realizó en el Centro de Salud de Punitaqui, Coquimbo. Objetivo: describir las lesiones más frecuentes que requirieron resolución por parte de cirugía menor en un centro de salud primaria rural entre enero 2023 y diciembre 2024.
MATERIALES Y MÉTODOS	Y	Estudio transversal descriptivo. Se revisaron registros clínicos de los procedimientos realizados entre enero 2023 y diciembre 2024. Los datos se organizaron y analizaron en Microsoft Excel, calculando frecuencias absolutas y porcentuales. Las lesiones fueron agrupadas utilizando terminología clínica habitual.

Datos utilizados de carácter secundario, no se requirió consentimiento informado. Se obtuvo la autorización por parte de la directora del establecimiento para la utilización de datos. Sin conflicto de interés.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 150 procedimientos quirúrgicos en pacientes sobre los 6 años. con una edad media de 52,2 años. La muestra incluyó 27.3% sexo masculino y 72,7% femenino. Los procedimientos más frecuentes fueron: fibroma blando (44,7%), onicectomía (11,3%), quiste sebáceo (10,7%), queratosis seborreica (10%), lipoma (8,7%), nevo (7,3%), granuloma (5,3%), cuerpo extraño (2%). Excluyéndose patologías en contexto de urgencias.

DISCUSIÓN CONCLUSIÓN

Y Durante el periodo estudiado, se evidenció una alta frecuencia de procedimientos quirúrgicos menores, concordante con lo descrito en la literatura. Los hallazgos refuerzan el importante valor de la cirugía menor como una herramienta altamente resolutive en atención primaria, respaldando la necesidad de mantener y fortalecer su implementación de manera sistemática. Debido a su carácter unicéntrico, la generalización de estos hallazgos a otros centros está limitada, cuya aplicabilidad dependerá de que compartan características similares, como ruralidad, exposiciones ambientales, entre otras.

PALABRAS CLAVE

Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios, Atención Primaria de Salud, Servicios de Salud Rural, Enfermedades de la Piel.

TÍTULO TRABAJO

DEL RESOLUCIÓN DEL TAPÓN DE CERUMEN EN UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR RURAL ENTRE 2022 Y 2024:

CLASE

TI

CATEGORÍA

h) Especialidades: Otorrinolaringología

AUTOR

Chacano Muñoz Rodrigo (1)

CO-AUTORES

Toutin Espinoza Juan Pablo (1), Valdés Meléndez Ismael (2), Ponce Arancibia Sofía (3)

AFILIACIÓN

(1)Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Canela, Canela, Coquimbo. (2)Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar San Juan, Coquimbo.

(3) Médico General de Zona Centro de Salud Familiar Urbano Illapel, Illapel, Coquimbo.

INTRODUCCIÓN	El tapón de cerumen (TC) puede causar síntomas como hipoacusia, otalgia y tinnitus, siendo motivo de consulta frecuente en atención primaria de salud (APS) y su extracción debería ser resuelta en este nivel. Sin embargo, es poco frecuente que se presenten los protocolos y adecuada referencia. El objetivo de este trabajo es describir el nivel de resolución del TC en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Canela entre 2022 y 2024.
MATERIALES Y MÉTODOS	Y Se presenta un diseño descriptivo transversal. La población consistió en los pacientes derivados para extracción de TC en el CESFAM Canela entre 2022 y 2024. El manejo fue mediante agentes cerumenolíticos, lavado de oídos y extracción manual. Los datos fueron extraídos de una lista de espera de Excel de elaboración propia. Se excluyeron pacientes que fueron atendidos en extrasistema y que rechazaron el procedimiento.
RESULTADOS	Se derivaron 306 personas para extracción de TC; de ellos, 235 (76,8%) asistieron. Entre los asistentes, 108 (46%) eran mujeres y 127 (54%) hombres; además, 118 (50,2%) eran adultos mayores y 22 (9,3%) menores de 18 años. El procedimiento fue exitoso con resolución de síntomas en 187 (79,5%), mientras que otros 15 (6,4%) se refirieron a otorrinolaringología por persistencia de síntomas. Además, se encontró que 22 (9,4%) no tenían TC, y en 11 (4,7%) la extracción fue frustra, requiriendo derivación a nivel secundario.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Y Dado que el TC es un problema frecuente, su resolución en APS es relevante para favorecer la adecuada referencia a especialidad. En este estudio, se utilizaron métodos recomendados como probablemente efectivos y seguros para la extracción, aunque la mayoría tiene poca evidencia. Se presenta una experiencia poco reportada en un centro de salud rural, con alto porcentaje de resolución y sin complicaciones significativas, destacando la relevancia y la necesidad del desarrollo de técnicas de extracción de TC en APS.
PALABRAS CLAVE	Atención primaria de salud, Cerumen, Salud rural

TÍTULO TRABAJO	DEL SÍNDROME DE DOBLE ATRAPAMIENTO, UN CASO DE SÍNDROME DE TÚNEL ULNAR CONCOMITANTE A SÍNDROME DEL OPÉRCULO TORÁCICO:
CLASE	Caso Clínico (CC).
CATEGORÍA	g) Neurología.
AUTOR	Hirnas Olivares Yasmin (1)
CO-AUTORES	Solorza Flores Francisco (2), Tapia Boksamy Loreto (1).
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Miguel Solar, Paine, SSMS. (2) Médico General de Zona, CESFAM Los Quillayes, La Florida, SSMSO.
INTRODUCCIÓN	El dolor neuropático es un motivo de consulta frecuente en atención primaria de salud. La evaluación clínica es esencial para un correcto abordaje diagnóstico, así como el seguimiento para evaluar respuesta a tratamiento. El síndrome de doble atrapamiento es una entidad poco frecuente y suele ser diagnosticada tras la refractariedad a tratamiento de neuropatía periférica. Este caso es presentado para visibilizar estas patologías para favorecer su detección y manejo oportuno.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 39 años, sin antecedentes mórbidos, presenta cuadro de 1 mes de dolor neuropático en mano derecha irradiado a antebrazo y hombro, a lo cual se agrega parestesias y paresia con dificultad para sostener objetos. Había consultado por cuadros recurrentes de cervicalgia, manejada con analgésicos en varias oportunidades. Fue manejada inicialmente bajo sospecha de síndrome túnel carpiano, con ecografía apoyaba el diagnóstico, sin respuesta al manejo conservador. A la reevaluación, destacan signos de tincl ulnar, Forment y Adson positivos. Se estudió con electromiografía informando neuropatía del nervio ulnar y daño neurogénico crónico del tronco inferior del plexo braquial, con sospecha síndrome del opérculo torácico asociado. Fue manejada con analgesia multimodal y fisioterapia, con respuesta parcial requiriendo fármacos de segunda línea, en espera de evaluación quirúrgica. Paciente accedió a presentación de caso mediante consentimiento informado.
DISCUSIÓN CONCLUSIONES	Y El presente caso evidencia la importancia de una evaluación clínica dinámica en el abordaje del dolor neuropático, especialmente cuando hay respuesta terapéutica limitada. El síndrome de doble atrapamiento, aunque infrecuente y a veces subdiagnosticado, debe considerarse frente a síntomas persistentes o atípicos, como en esta paciente con compromiso sugerente de más de una entidad

		neuropática. La evaluación clínica con multidisciplinario permitieron orientar el diagnóstico y establecer un manejo escalonado. Visibilizar esta entidad busca mejorar la detección oportuna y optimizar la calidad de vida de estos pacientes.
PALABRAS CLAVE		Síndromes de Compresión Nerviosa, Síndrome del Desfiladero Torácico, Síndrome del Túnel Cubital.
TÍTULO DEL TRABAJO		“ANÁLISIS DE LA TOMA DE BIOPSIAS Y LA CONCORDANCIA CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS EN CIRUGÍA MENOR:”
CLASE		Trabajo de Investigación (TI)
CATEGORÍA		d) Cirugía
AUTOR		Figueroa Fuentes Sergio (1)
CO-AUTORES		Ledermann Piderit Maria (2), Arévalo Heredia Martin (3), Rodriguez Sanhuesa Vicente (3).
AFILIACIÓN		(1) Médico General de Zona, CESFAM Pinares Dra Eloisa Diaz Insunza, Chiguayante. (2) Médico General de Zona, CESFAM Chiguayante, Chiguayante. (3) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.
INTRODUCCIÓN		La cirugía menor (CM) es una estrategia clave en atención primaria de salud (APS) para resolver lesiones de baja complejidad. Los Centros de Salud Familiar (CESFAM) tienen un rol fundamental en este contexto. Dentro de la CM, la toma de biopsia (TB) resulta esencial para confirmar o corregir diagnósticos clínicos. Evaluar la concordancia clínico-patológica (CCP) entre sospecha diagnóstica y resultado histológico, permite identificar la precisión diagnóstica, optimizar tratamientos y mejorar la curva de aprendizaje. Este trabajo busca analizar las TB y la CCP de los procedimientos quirúrgicos (PQ) realizados en APS
MATERIALES Y MÉTODOS	Y	Estudio descriptivo retrospectivo de TB en los PQ de un CESFAM entre enero 2023 y marzo 2025. Datos obtenidos desde ficha clínica electrónica. Variables analizadas: sexo, edad, sospecha clínica, PQ, TB, resultado de biopsia y CCP.
RESULTADOS		En 27 meses, 338 PQ, 190 en mujeres (56.21%) y 148 hombres (43.79%).

Se realizó TB en 86 PQ (25.44%) TB de cada PQ respecto a su total: Verrugas (50.0%), Quistectomía (37.21%), Queratosis (35.0%), Fibromas (32.08%), Nevos (25.0%), Acrocordones (6.38%), Onicectomía (1.96%), . PQ con más TB: Fibromas (34), con menos: Onicectomía (1). Del total de TB la CCP fue de 69.6% (60) y no concordante en 30.4% (26). PQ con mayor CCP: Acrocordones (100%), el menor: Granulomas (50%).

*Consideramos Fibromas y Acrocordones diagnósticos diferentes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN La biopsia demostró ser una herramienta valiosa en CM. Su tasa de uso y CCP sugieren adecuada capacidad diagnóstica y en 1:3 casos permitió corregir diagnósticos. Influido por el juicio clínico del tratante.

Existe déficit importante de TB en los PQ realizados en CM, por la fluctuante disponibilidad de análisis histológico como prestación. Se recomienda reforzar la TB en la mayoría de PQ y fomentar la retroalimentación con resultado histológico buscando mejorar la calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE Atención Primaria de Salud, Biopsia, Cirugía Menor, Procedimientos Quirúrgicos.

TÍTULO DEL TRABAJO ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS POR LA UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR DE UN CESFAM DE CHIGUAYANTE:

CLASE Trabajo de Investigación (TI)

CATEGORÍA d) Cirugía

AUTOR Figueroa Fuentes Sergio (1)

CO-AUTORES Ledermann Piderit Maria (2), Arévalo Heredia Martin (3), Rodriguez Sanhueza Vicente (3).

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Pinares Dra Eloisa Diaz Insunza, Chiguayante. (2) Médico General de Zona, CESFAM Chiguayante, Chiguayante. (3) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.

INTRODUCCIÓN La cirugía menor (CM) es el conjunto de procedimientos quirúrgicos (PQ) de baja complejidad, que, si bien tienen bajo índice de

complicaciones, igualmente se pueden presentar, por lo que merecen ser analizadas.

La literatura describe que 30% de los pacientes experimentan complicaciones o disconformidad posterior a un PQ. Este estudio analiza los PQ realizados en un Centro de Salud Familiar de Chiguayante, la presencia y características de sus complicaciones y sugerir algunas recomendaciones.

MATERIALES MÉTODOS	Y Estudio descriptivo retrospectivo de las complicaciones pesquissadas en PQ realizados entre enero 2023 y marzo 2025. Obtención de datos desde ficha clínica electrónica. Variables analizadas: sexo, edad, diagnóstico, PQ, presencia y tipo de complicaciones. Como complicaciones se lograron caracterizar: sangrado postoperatorio (SP), dolor postoperatorio refractario (DP), recidiva de lesiones (RL) y uso de antibioticoterapia.
RESULTADOS	En 27 meses, se realizaron 338 PQ, 148 usuarios masculinos (43.79%), 190 femeninos (56.21%). Principales diagnósticos: Fibromas 104 (30,77%), Acrocordones 52 (15,38%) y Onicocriptosis 47 (13,91%). PQ más realizado: Exéresis de fibromas, 106 casos (31,36%) En 57 PQ (16,8%) se describen complicaciones. En frecuencia: antibioticoterapia (82,4%), SP (7%), DP (3,5%) y RL (3,5%)
DISCUSIÓN CONCLUSIÓN	Y Que el uso de antibioticoterapia fuera la complicación más frecuente (82,4%), sugiere una alta tasa de presencia o sospecha de infecciones en CM. Hallazgo consistente con estudios nacionales e internacionales. Para prevenir el SP, es crucial identificar factores predisponentes (diagnósticos asociados, trastornos hemorrágicos, uso de anticoagulantes), e implementar protocolos estandarizados en el manejo perioperatorio. El DP puede ser significativo y afectar la recuperación y satisfacción del paciente, por lo que se recomienda la utilización de terapia analgesica escalonada y uso operatorio de anestesia local. Conocer y analizar las principales complicaciones de los PQ permitirá disminuir su frecuencia y en caso de presentarse, poder realizar un manejo más óptimo.
PALABRAS CLAVE	Antibioticoterapia, Cirugía Menor, Complicaciones, Dolor Postoperatorio, Sangrado Postoperatorio.

TÍTULO TRABAJO	DEL "CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LAVADO DE OÍDO REALIZADOS POR MÉDICO, EN UN CESFAM DE LA COMUNA DE CHIGUAYANTE:"
CLASE	Trabajo de Investigación (TI)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Otorrinolaringología)
AUTOR	Figueroa Fuentes Sergio (1)
CO-AUTORES	Vallejos Robles Hugo (2), Muñoz Cornejo Florencia (3), Suazo Cerna Luciano (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Pinares Dra Eloisa Diaz Insunza, Chiguayante. (2) Médico General de Zona, CESFAM La Floresta, Hualpen. (3) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
INTRODUCCIÓN	El tapón de cerumen (TC) es una complicación producida por un fracaso en los mecanismos de autolimpieza, con una incidencia del 5% y prevalencia 1:20 en adultos. Es la principal causa de consulta por hipoacusia en Atención Primaria de Salud (APS), requiriendo así intervenciones efectivas en este nivel. En el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Pinares, basado en la evidencia, la remoción de TC se realiza mediante la combinación del uso de cerumenolíticos e irrigación. Ante la necesidad de optimizar el manejo y resolución del TC, este estudio busca caracterizar los procedimientos de lavado de oídos (PLO) realizados por médico en APS
MATERIALES MÉTODOS	Y Estudio descriptivo retrospectivo de PLO realizados en un CESFAM de Chiguayante (Octubre 2021 - Marzo 2025). Obtención de datos desde registros en ficha clínica electrónica. Variables analizadas: sexo, edad, oído afectado, uso de cerumenolítico previo, resultado y presencia de complicación inmediata.
RESULTADOS	En 42 meses, se realizaron 257 PLO (133 hombres [47,28%], 126 mujeres [48,25%]; edad 7-93 años, moda 75 [4,28%]). Con cerumenolitico previo (CPP) en 203 [79%], sin cerumenolitico previo (SCP) en 54 [21%]. Oído izquierdo 50 [19%], derecho 55 [21%], ambos 152 [59%]. Éxito en 223 [87%], fracaso en 34 [13%], complicaciones en 4 [2%]. El éxito de los casos CPP fue del 91% (185 casos) y SCP del 74% (40 casos). El fracaso CPP fue del 9% (18 casos) y SCP del 26% (14 casos).

DISCUSIÓN Y La tasa de éxito del PLO combinando técnicas o utilizando solo la irrigación en el CESFAM Pinares no mostró diferencia, contrario a lo que describe la bibliografía internacional. La tasa de complicaciones en CESFAM Pinares es menor a la descrita en estudios de PLO. Caracterizar la epidemiología del PLO es crucial para desarrollar protocolos estandarizados que optimicen el manejo del TC, dada la limitada evidencia existente.

PALABRAS CLAVE Atención Primaria de Salud, Caracterización, Centro de Salud Familiar, Hipoacusia, Lavado de Oídos, Tapón de Cerumen.

TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTACIÓN CONCOMITANTE DE APENDICITIS Y COLECISTITIS AGUDA: REPORTE DE UN CASO INUSUAL:

CLASE Caso Clínico (cc)

CATEGORÍA d) Cirugía

AUTOR López Aravena Esteban (1)

CO-AUTORES Contreras Marambio Julio (1)

AFILIACIÓN 1. Médico En Etapa de Destinación y Formación, CESFAM N°1 Dr. Ramon Corbalán Melgarejo, Santiago.

INTRODUCCIÓN La apendicitis aguda y la colecistitis aguda son patologías frecuentes del tracto gastrointestinal que suelen presentarse de forma independiente. Su coexistencia en un mismo paciente es infrecuente y representa un reto diagnóstico y terapéutico, especialmente cuando los síntomas son inespecíficos o atípicos. El objetivo de este reporte de caso es destacar la importancia del diagnóstico diferencial en pacientes con dolor abdominal inespecífico, así como el rol clave de la imagenología en la confirmación diagnóstica y la planificación del manejo quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 54 años, con antecedentes de hipertensión arterial, que consulta inicialmente por dolor epigástrico, fiebre y náuseas de tres días de evolución. Tras manejo sintomático en atención primaria, reconsulta por persistencia de los síntomas, agregándose vómitos y anorexia. El examen físico mostró dolor epigástrico sin

localización clara, sin signos de irritación peritoneal. Los exámenes de laboratorio solo revelaron leve elevación de proteína C reactiva (13,3 mg/dL). La tomografía computarizada de abdomen y pelvis mostró signos radiológicos compatibles con colecistitis aguda litiásica y apendicitis aguda no complicada. Se realizó una apendicetomía y colecistectomía laparoscópicas de forma simultánea. Los hallazgos intraoperatorios confirmaron inflamación aguda en ambos órganos, sin perforación ni complicaciones. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica no evidenció defectos de llenado ni obstrucciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La coexistencia de apendicitis y colecistitis aguda puede presentarse con síntomas superpuestos que dificultan un diagnóstico precoz. En este caso, la epigastralgia y la ausencia de hallazgos típicos llevaron a un retraso diagnóstico. La imagenología fue fundamental para la confirmación diagnóstica. Aunque la cirugía laparoscópica combinada La presentación simultánea de apendicitis y colecistitis aguda, aunque es poco frecuente, debe considerarse en pacientes con síntomas abdominales atípicos. Una evaluación clínica exhaustiva, complementada con estudios de imagen oportunos, es esencial para establecer un diagnóstico preciso y guiar un tratamiento adecuado.

PALABRAS CLAVE Cirugía general, Apendicitis, Colecistitis aguda

TÍTULO DEL TRABAJO ELASTOFIBROMA DORSI: UNA LESIÓN BENIGNA SUBDIAGNOSTICADA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA:

CLASE Caso Clínico (cc)

CATEGORÍA d) Cirugía

AUTOR López Aravena Esteban (1)

CO-AUTORES Salas Gianini Roxanna (1), Yon Oyarce Constanza (1)

AFILIACIÓN 1. Médico En Etapa de Destinación y Formación, CESFAM N°1 Dr. Ramon Corbalán Melgarejo, Santiago.

INTRODUCCIÓN El elastofibroma dorsi (EFD) es un tumor benigno de tejido fibroelástico, de crecimiento lento y escasa prevalencia, localizado comúnmente en la región subescapular, con mayor incidencia en adultos mayores. Suele diagnosticarse de manera incidental, siendo frecuentemente asintomático. En casos sintomáticos, puede presentarse con molestias dorsales. Su diagnóstico es principalmente clínico-radiológico, y la resonancia magnética (RM) es clave. El objetivo de este reporte de caso es resaltar la importancia de incluir

al elastofibroma dorsi en el diagnóstico diferencial de masas subescapulares, y destacar el rol de la imagenología para evitar intervenciones innecesarias.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente masculino de 78 años, con antecedentes de hipertensión, quien consulta por masa en la región dorso-escapular derecha, de tres años de evolución. Inicialmente asintomática, en las últimas semanas aumentó de tamaño, asociándose a prurito, dolor leve intermitente y dificultad para dormir. Al examen físico se encontró una masa redondeada, no dolorosa, adherida a planos profundos, sin cambios cutáneos.

Una ecotomografía inicial fue insuficiente para caracterizar la lesión. Se solicitó RM de tórax óseo, evidenciándose una masa de 6,3 x 2,8 x 7,4 cm, adyacente al ángulo inferior escapular. Estos hallazgos son compatibles con EFD.

Dado el carácter benigno de la lesión y los síntomas leves, se optó por manejo conservador, priorizando el seguimiento clínico.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y Este caso resalta la importancia de incluir el elastofibroma dorsi en el diagnóstico diferencial de masas en la región escapular, particularmente en Adultos mayores. El elastofibroma dorsi es una lesión benigna que a menudo pasa desapercibida o es subdiagnosticada debido a su naturaleza asintomática o la falta de síntomas claros. Su presentación suele incluir dolor intermitente leve o molestias en la región afectada, lo que dificulta su identificación temprana.

La RM permite un diagnóstico preciso, evitando biopsias o cirugías innecesarias. El tratamiento suele ser conservador, aunque en casos sintomáticos, puede considerarse la intervención quirúrgica.

PALABRAS CLAVE

Elastofibroma Dorsi, Tumor benigno, Resonancia magnética

**TÍTULO
DEL TRABAJO**

DETERIORO FUNCIONAL Y COGNITIVO ACELERADO TRAS DUELO EN PACIENTE CON DEMENCIA FRONTOTEMPORAL: REPORTE DE CASO:

CLASE

Caso clínico (CC)

CATEGORÍA

g) Neurología
h) Especialidades

AUTOR

Maturana Mahave Javiera (1)

CO-AUTORES

Bascuñan Vallejós Juan (1)
Valenzuela Mora Claudia (2)

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de la Familia y Comunidad de Santa Bárbara, Santa Bárbara. (2) Médico General artículo 9, Hospital de la Familia y Comunidad de Santa Bárbara, Santa Bárbara.
INTRODUCCIÓN	El duelo puede representar un factor desestabilizador significativo en personas con patologías neurodegenerativas, como la demencia frontotemporal (1). En estos casos, una pérdida importante puede precipitar cambios conductuales (2), emocionales y funcionales, dificultando el manejo clínico y acelerando la progresión del deterioro (3). Este reporte expone el caso de una paciente con diagnóstico de demencia que, tras la muerte de su esposo, presentó un deterioro brusco en su estado basal, evolucionando rápidamente hacia una dependencia funcional completa.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 60 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 insulino-requiere, dislipidemia, demencia frontotemporal y depresión grave tratada con terapia electroconvulsiva en 1999. Antecedentes familiares de Alzheimer. En seguimiento neurológico desde 2023 por síndrome demencial, se solicitó resonancia cerebral, electroencefalograma y evaluación neuropsicológica, la cual evidenció deterioro funcional moderado (Pfeffer 24 puntos). Se indicó tratamiento con citalopram y controles en atención primaria. En octubre de 2023 fallece su esposo. Desde entonces, la paciente presentó un deterioro cognitivo y funcional abrupto: pérdida progresiva del lenguaje, desconexión con el entorno, dependencia total en actividades básicas, imposibilidad para caminar o hablar, y necesidad de silla de ruedas. Desarrolló disfagia severa, requiriendo instalación de sonda nasogástrica. Al examen físico reciente se encontraba vigil, desorientada en tiempo y espacio, con lenguaje escaso, sin capacidad de nominación ni repetición, y escasa comprensión. No deambula ni responde a estímulos. Se recalcó Pfeffer con puntaje máximo (30 puntos). Se obtuvo consentimiento informado para este reporte.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso evidencia cómo un evento emocional significativo puede precipitar un deterioro rápido y profundo en una paciente con demencia. El fallecimiento del cónyuge marcó un punto de inflexión clínico, con pérdida acelerada de funciones. Este escenario refuerza la importancia de integrar el contexto emocional en el manejo de pacientes con deterioro

cognitivo (4), favoreciendo un abordaje integral y preventivo.

**PALABRAS
CLAVE**

Demencia Frontotemporal, Disfagia, Duelo, Trastornos Cognitivos

**TÍTULO
TRABAJO**

DEL “PRIMER BROTE PSICÓTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: A
PROPÓSITO DE UN CASO”.

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA

h) Especialidades (Psiquiatría)

AUTOR

Villa Sánchez Felipe (1)

CO-AUTORES

Arcos Jara Bárbara (2)
Ojeda Cifuentes Gonzalo (3)

AFILIACIÓN

(1) Médico general de zona, Cesfam de Hualqui, Hualqui (2) Médico
general, Cesfam de Hualqui, Hualqui
(3) Médico general de zona, Cesfam de Hualqui, Hualqui

INTRODUCCIÓN

Se denominan psicosis inducidas por sustancias (PIS) a las psicosis que empiezan en contexto del uso de una sustancia, pero persisten días y semanas en ausencia del uso continuado de la misma. Un porcentaje importante son más adelante diagnosticadas de trastorno mental grave (TMG). Si consideramos que la esquizofrenia es una enfermedad del neurodesarrollo y la evidencia existente de que el sistema endocannabinoide modula dicho proceso, su consumo en edades tempranas, podría interferir en el neurodesarrollo, constituyendo una explicación biológica plausible. Se presenta el caso con el objetivo de visibilizar una problemática poco abordada en atención primaria.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente masculino de 20 años, soltero. Vive con sus padres junto a sus hermanos. Cesante, este año comenzaría a estudiar algo relacionado al deporte, sin embargo, dado los acontecimientos no logra realizarlo. Antecedente de consumo de marihuana entre los 18-19 años. Consulta en morbilidad en consultorio tras alta hospitalaria a episodio de psicosis inducida por drogas ya en remisión. Este episodio consintió en alucinaciones visuales y auditivas posterior al consumo de hongos alucinógenos. Es dado de alta con quetiapina 25 mg noche SOS. En la consulta el usuario se presenta aplanado emocionalmente, poco reactivo, no habla ni centra la atención, sólo habla la madre, posteriormente más cooperador, permanece aletargado, refiere completa funcionalidad previa a episodio, desde ahí se mantiene

“desconectado”, con alucinaciones auditivas y visuales, en ocasiones ha recibido órdenes presionado por las voces.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Es de suma importancia pesquisar oportunamente pacientes que están cursando un episodio de psicosis, ya que mientras antes se realice el diagnóstico mejor el pronóstico para el usuario. De los pacientes diagnosticados con un primer episodio PIS el 36.2 % fue diagnosticado con un TMG en un ingreso posterior en las mismas unidades, principalmente esquizofrenia (85.6%). Dado lo señalado es fundamental educar a los profesionales de atención primaria.
PALABRAS CLAVE	Alucinaciones, esquizofrenia, psicosis
TÍTULO DEL TRABAJO	CAUSAS INFRECUINTES DE DOLOR LUMBAR CRÓNICO, SÍNDROME DE BERTOLOTTI: A PROPÓSITO DE UN CASO
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	H) Traumatología
AUTOR	Pizarro Pérez Eduardo (1)
CO-AUTORES	Salas Verdugo Miguel (1) Troncoso Catalán Ignacio (1)
AFILIACIÓN	1. Médico General de Zona, Cefam Rosario, Rengo
INTRODUCCIÓN	El dolor lumbar crónico se define como aquel que persiste por al menos 12 semanas. Puede clasificarse como dolor lumbar inespecífico sin radiculopatía, con síntomas radiculares, o secundario a una causa espinal específica. Dentro de estas condiciones, el síndrome de Bertolotti destaca como una entidad clínica poco frecuente, asociada a la presencia de una vértebra transicional lumbosacra (LSTV). Esta anomalía congénita suele manifestarse por la ampliación del proceso transversal de la quinta vértebra lumbar (L5), que puede formar una pseudoarticulación o fusionarse con el sacro. El diagnóstico puede ser complejo, ya que los pacientes con LSTV pueden ser asintomáticos o presentar síntomas inespecíficos. Por ello, debe considerarse en pacientes jóvenes con dolor lumbar persistente, aunque también puede presentarse en edades más avanzadas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 56 años, con antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, quien presenta un cuadro de aproximadamente un año de evolución caracterizado por

dolor lumbar sordo, con irradiación a ambas extremidades inferiores, sin parestesias ni antecedentes traumáticos. La tomografía computada de columna lumbar evidenció una megapófisis transversa bilateral de L5 con pseudoarticulación al sacro y anquilosis parcial. Actualmente, se encuentra en tratamiento con kinesioterapia motora y analgesia oral, a la espera de evaluación por especialista.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El síndrome Bertolotti es una forma poco frecuente de dolor lumbar crónico que se debe considerar en pacientes menores de 30 años que experimentan dolor lumbar persistente, dado su origen congénito. Sin embargo, pueden ocurrir casos como el descrito anteriormente con presentaciones más tardías. El manejo inicial del síndrome de Bertolotti debe ser conservador, con fisioterapia y analgesia. Si estas medidas no son efectivas, pueden considerarse técnicas intervencionistas. Sin embargo, los resultados son variables y se requiere mayor investigación para establecer el enfoque terapéutico más adecuado.

PALABRAS CLAVE Dolor de la región lumbar, cuerpo vertebral, vértebras lumbares

Título del trabajo CUANDO LA INFECCIÓN OCULTA UN TUMOR: UNA HISTORIA QUE DESAFÍA LA RUTINA EN ATENCIÓN PRIMARIA:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA h) Especialidades

AUTOR Maturana Mahave Javiera (1)

CO-AUTORES Mariñan Maribur Daniela (2)
Saldías Durán Diego (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de la Familia y Comunidad de Santa Bárbara, Santa Bárbara.
(2) Médico General artículo 9, Hospital de la Familia y Comunidad de Santa Bárbara, Santa Bárbara.

TÍTULO DEL TRABAJO CUANDO LA INFECCIÓN OCULTA UN TUMOR: UNA HISTORIA QUE DESAFÍA LA RUTINA EN ATENCIÓN PRIMARIA:

INTRODUCCIÓN Las infecciones del tracto urinario (ITU) son uno de los diagnósticos más comunes en atención primaria, especialmente en mujeres (1). No obstante, su presentación recurrente o atípica debe considerarse una señal de alerta clínica (2), que puede reflejar condiciones subyacentes graves, como neoplasias o malformaciones estructurales, el objetivo de

este caso clínico es visibilizar la importancia de ampliar el estudio en patologías comunes que tienen una evolución atípica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 52 años, con antecedentes de hipertensión arterial, consulta por cuadro de disuria, tenesmo vesical y polaquiuria. Se trataba de la cuarta ITU en el último año. Urocultivo reveló *Enterococcus faecalis* multirresistente, sensible únicamente a ertapenem, lo que motivó hospitalización para tratamiento endovenoso.

La paciente había recibido múltiples ciclos antibióticos, con mejoría transitoria y rápida reaparición de síntomas. En hospitalización se presenta a Urología, indicando TAC de abdomen y pelvis, la que evidenció cáncer vesical con fístula colovesical, hallazgo que explicaba el cuadro clínico arrastrado. Etapificada la enfermedad, se constató diseminación metastásica. La paciente fue derivada a cuidados paliativos, falleciendo semanas después.

Consentimiento informado fue obtenido para este reporte.

DISCUSIÓN CONCLUSIONES

Y El caso pone en evidencia cómo cuadros clínicos frecuentes pueden esconder patologías mayores cuando escapan a su curso natural. En atención primaria es crucial identificar estos signos; recurrencia, resistencia (3), síntomas persistentes; como señales de posible enfermedad subyacente. La falta de respuesta sostenida al tratamiento exige reevaluación diagnóstica y eventual derivación o estudio complementario.

Este trabajo busca aportar a la comunidad científica enfatizando la necesidad de mantener una mirada crítica y activa frente a patologías prevalentes. Reforzar esta actitud diagnóstica puede permitir un abordaje más oportuno y reducir diagnósticos tardíos, especialmente en enfermedades con alto impacto como el cáncer urológico.

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria de Salud, Cáncer de Vejiga, Fístula Vesical, Infecciones del Tracto Urinario, Urología

REFERENCIAS

- (1) Advani SD, Thaden JT, Perez R, Stair SL, Lee UJ, Siddiqui NY. Recurrent uncomplicated urinary tract infections in women. Clin Infect Dis. 2025 Mar; PMC11912977.
- (2) Zare M, Vehreschild MJGT, Wagenlehner F. Management of uncomplicated
doi:10.1111/bju.15630. PMID: 34741796.
- (3) Cornelius SA, Basu U, Zimmern PE, De Nisco NJ. Overcoming

challenges in the management of recurrent urinary tract infections. Expert Rev Anti Infect Ther. 39387179; PMID: PMC11634670.

TÍTULO DEL TRABAJO DESAFÍOS TERAPÉUTICOS DEL ACNÉ CONGLOBATA EN ADULTOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA H) Dermatología

AUTOR Salas Verdugo Miguel (1)

CO-AUTORES Pizarro Pérez Eduardo (1)
Troncoso Catalán Ignacio (1)

AFILIACIÓN 1. Médico General de Zona, Cesfam Rosario, Rengo

INTRODUCCIÓN El acné conglobata es una forma severa de acné, más común en hombres jóvenes, que se manifiesta con comedones interconectados, nódulos inflamatorios, pústulas y abscesos profundos en pecho, espalda y glúteos, derivando en cicatrices y deformidad. De curso crónico y sin síntomas sistémicos. Su etiología es multifactorial, involucrando hiperqueratinización folicular, producción de sebo inducida por hormonas y sobreinfección por bacterias gran positivas. El tratamiento de elección es isotretinoína oral, a menudo combinada con glucocorticoides al inicio para evitar brotes severos. A continuación se presenta un caso clínico, en donde el retraso del inicio de Isotretinina oral, perpetúa y agrava el cuadro clínico, generando además consecuencias en la salud mental del paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 49 años con antecedente de hipertensión arterial, presenta lesiones noduloquísticas dolorosas en región dorsolumbar y sacro-glútea de larga data, con antecedentes de múltiples episodios de sobreinfección y necesidad de manejo quirúrgico. Actualmente en tratamiento con antibióticos orales, con respuesta parcial. Se ha indicado inicio de isotretinoína oral a través de Hospital Digital, sin embargo, el paciente aún no ha podido ser evaluado presencialmente por dermatología, lo que ha retrasado su manejo definitivo. Recientemente presenta episodio de exacerbación con compromiso de espalda y glúteos, afectando de forma significativa su salud mental, con insomnio, ansiedad y malestar emocional asociados al impacto de su enfermedad cutánea.

DISCUSIÓN Y El acné conglobata es una forma severa y desfigurante de acné que
CONCLUSIONES requiere tratamiento con isotretinoína oral para controlar la
enfermedad y prevenir cicatrices. La demora en su inicio, por falta de
evaluación dermatológica, agrava el cuadro. El impacto psicológico es
significativo, con alta prevalencia de ansiedad, depresión y aislamiento
social, por lo que es crucial un enfoque integral que incluya apoyo en
salud mental junto al tratamiento
dermatológico oportuno.

PALABRAS CLAVE Acné conglobata, Isotretinoína, Salud mental.

TÍTULO DEL ESOFAGITIS POR HERPES SIMPLE UNA PRESENTACIÓN POCO
TRABAJO HABITUAL EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA
HUMANA:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Muñoz Espinoza Diana (1)

CO-AUTORES Cancino Gómez Ítalo (1), Parada Garrido Antonia (1)

AFILIACIÓN (1)Médico General de Zona, Hospital Marcos Macuada, Tocopilla

INTRODUCCIÓN La esofagitis usualmente es por causas no infecciosas, sin embargo, en
inmunocomprometidos se suelen presentar esofagitis infecciosas, los
agentes más comunes incluyen *Candida*, citomegalovirus (CMV) y virus
herpes simples (VHS). El objetivo de esta presentación es exponer la
esofagitis infecciosa por VHS como una causa poco frecuente en
pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

PRESENTACIÓN DEL CASO Masculino de 47 años con VIH diagnosticado hace 6 años, sin
tratamiento actual, consulta por cuadro de 2 meses de evolución de
deposiciones no disintéricas, asociado a astenia, fiebre y baja de peso.
Además, refirió que hace 3 semanas inició con lesiones orales urentes
blanquecinas, sumado a lesiones en piel y región perianal.
Examen físico destacó candidiasis orofaríngea, lesiones sospechosas
de carbunco y absceso perianal. Se solicitó endoscopia digestiva alta
(EDA) y se inició tratamiento con fluconazol.
La EDA informó mucosa esofágica con extenso compromiso
inflamatorio con exudados blanquecinos y aspecto irregular no típico
de candidiasis. Se realiza biopsia que informa: Esofagitis crónica
reagudizada intensa asociada a presencia de inclusiones nucleares

sugerentes de virus herpes.
Se inicio tratamiento con valaciclovir con buena respuesta clínica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La esofagitis por VHS se presenta habitualmente en pacientes trasplantados. En pacientes VIH que presentan esofagitis infecciosa solo un 3 a 5% es causada por VHS, siendo la principal causa la candidiasis, seguido por el CMV. La clínica es poco específica se caracteriza por odinofagia/disfagia, fiebre, glositis o úlceras orofaríngeas. El diagnóstico definitivo se realiza con la muestra histopatológica obtenida en la EDA. La evidencia de tratar con antivirales la esofagitis es limitada, pero se recomienda en pacientes inmunocomprometidos a fin de reducir las infecciones graves por VHS. Si bien la esofagitis infecciosa ha disminuido gracias a la terapia antirretroviral, el caso se presenta para tener como diferencial la infección por VHS principalmente en pacientes que abandonan tratamiento.

PALABRAS CLAVE Esofagitis, Virus Herpes Simple, Virus de inmunodeficiencia humana

TÍTULO DEL TRABAJO PANCREATITIS SECUNDARIA A COLEDOCOLITIASIS EN PACIENTE CON AGENESIA BILIAR, REPORTE DE CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA d) Cirugía

AUTOR Águila Maure Diego Mauricio (1)

CO-AUTORES Álvarez Olguín Natalia Paz (2), Álvarez Olguín Sofía Florencia (2), Riveros Vilches Camila Almendra (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM San Felipe El Real, San Felipe. (2) Interna de Medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe.

INTRODUCCIÓN La agenesia de la vesícula biliar es una anomalía congénita poco frecuente, con una incidencia entre 0.015 y 0.02%; la mayoría se mantienen asintomáticos y generalmente se descubre de manera incidental.

El diagnóstico definitivo debe realizarse quirúrgicamente, sin embargo, la Colangiografía magnética es la técnica no invasiva más específica para visualizar completamente la vía biliar.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 54 años, sin antecedentes de relevancia, consulta por cuadro clásico de pancreatitis aguda (PA), caracterizado por dolor abdominal en faja, emesis y náuseas posterior transgresión alimentaria, con laboratorio en el que destaca elevación de Amilasa y Lipasa (3241 y 3335 U/L respectivamente). Se solicita Ecografía Abdominal que describe limitación técnica por abundante gas intestinal e interposición de colon sobre hígado, vía biliar de calibre normal con aerobilia y no visualización de la vesícula biliar (VB). Se realiza una Resonancia Magnética Nuclear de Abdomen + Colangioresonancia Magnética Nuclear, que informa VB no visualizada, hallazgos compatibles con PA y lesiones a nivel de cola que pudiesen estar en contexto de abscesos en formación, dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con imagen hiperintensa de 4 mm de diámetro en colédoco distal, concordante con litiasis y moderada aerobilia.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Se ha descrito que el origen embriológico de la AVB se encuentra alrededor de la quinta semana de gestación. Esta alteración se asocia con coledocolitiasis en un 50% de los casos sintomáticos, por lo que confiere un mayor riesgo de colangitis ascendente y representa un desafío importante al realizar procedimientos quirúrgicos.
PALABRAS CLAVE	Agnesia, Coledocolitiasis, Pancreatitis Aguda, Vesícula Biliar.
TÍTULO DEL TRABAJO	TUMOR CARDÍACO COMO METÁSTASIS DE LEIOMIOSARCOMA UTERINO, UN REPORTE DE CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	e) Ginecología y Obstetricia
AUTOR	Yáñez Moraga, Pamela (1)
CO-AUTORES	Álvarez Olguín Natalia Paz (2), Álvarez Olguín Sofía Florencia (2), Riveros Vilches Camila Almendra (2)
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, CESFAM Cordillera Andina, Los Andes. (2) Interna de Medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe
INTRODUCCIÓN	Los leiomiomas uterinos corresponden a tumores malignos del músculo liso uterino, poco frecuentes y agresivos, representan aproximadamente el 1,3% de las neoplasias uterinas y un 60% de los sarcomas uterinos. Requiere confirmación histopatológica, con los siguientes criterios: Atipia citológica marcada, alta tasa mitótica (>10 mitosis por campos

	de alto poder) y/o necrosis tumoral coagulativa. El tratamiento incluye histerectomía total abdominal, salpingooforectomía bilateral, radioterapia y quimioterapia en casos seleccionados.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 61 años con antecedentes de Leiomiomasarcoma endometrial en 2018, manejado con histerectomía total y anexectomía bilateral abdominal Seguimiento con Tomografía Axial Computarizada (TC) sin signos de diseminación. En Agosto del 2025, presentó cuadro de disnea progresiva, se estudió con Ecocardiograma que informó aurícula derecha dilatada con masa heterogénea adherida de 36 x 49 mm aproximadamente, que obstruye flujo a través de la cavidad, sugerente de sarcoma. Se realizó una Resonancia Magnética Nuclear Cardíaca que concluyó extensa masa multilobulada adherida a pared libre de aurícula derecha (AD), que se extiende sobre plano pericárdico, comprometiendo pared libre medio-basal del ventrículo derecho, sin claro plano de clivaje. Masa invade gran parte de AD, generando obstrucción de flujo a nivel sub valvular tricúspideo; masa capta contraste heterogéneamente, sugerente de Sarcoma indiferenciado. Estudio de diseminación con TC de tórax, abdomen y pelvis con evidencia de metástasis pulmonares.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Las metástasis de los leiomiomasarcomas uterinos ocurren principalmente a través de diseminación hematogena. Los sitios más frecuentes son pulmón, hígado, peritoneo, hueso y cerebro. Las metástasis cardíacas son excepcionales (<1%). Las alternativas de tratamiento incluyen cirugía, quimioterapia y/o radioterapia, pero no existen regímenes terapéuticos claros para los casos de leiomiomasarcoma metastásico, con una supervivencia de 25-40% a los 5 años.
PALABRAS CLAVE	Leiomiomasarcoma, Metástasis, Neoplasias Cardíacas.
TÍTULO DEL TRABAJO	RIESGOS POTENCIALES DE LA CIRUGÍA DE COLUMNA, A PROPÓSITO DE UN CASO.
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Campos Robledano Manuel (1)

CO-AUTORES	Daroch Villa Donoso Echeverría Luz María (3)	Reyes Sánchez	Christian Felipe	(2) (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Hualqui, Hualqui. (2) Médico Municipal, Centro de Salud Familiar Hualqui, Hualqui. (3) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.			
INTRODUCCIÓN	Las patologías de columna representan una causa prevalente de morbilidad, sean estas hernias del núcleo pulposo, artrosis o inestabilidad de columna. El tratamiento depende de la patología, pero muchos pacientes terminan requiriendo procedimientos quirúrgicos, los cuales no están exentos de riesgo de complicaciones. En la práctica muchos pacientes incluso desean resolución quirúrgica precoz, incluso antes de kinesioterapia, baja de peso o analgesia. A continuación se presenta un caso que nos recuerda los riesgos de someterse a este tipo de cirugías.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Usuario de 69 años, es atendido por neurocirugía en 2019 por cuadro de dolor lumbar axial crónico y claudicación neurogénica, con radiculopatía L3-L4 y L5-S1 derecha severas, escoliosis degenerativa lumbar con raquiestenosis desde L2 a S1 evidenciadas por resonancia magnética. Se realiza fijación L2-L3-L4-S1 y descompresión de L2 a L5 en julio 2023. Debido a un empeoramiento de los síntomas se realiza una tomografía lumbar en noviembre de 2023 que evidencia signos de aflojamiento de tornillos transpediculares en L2 y en mayor grado en S1, decidiendo revisión y reoperación. Se reemplazan los tornillos en L2 y S1 y se retira gran fibrosis sobre el saco dural con gran dificultad. A lo largo del mes siguiente el paciente presenta salida de líquido serohemático que al explorar en un segundo procedimiento se descubre fístula dural lumbar que termina con la instalación de un drenaje ventrículo-peritoneal. Paciente firma consentimiento informado.			
DISCUSIÓN CONCLUSIONES	Y	10-15% de las cirugías de columna se complican, siendo las dos causas más frecuentes, aflojamiento de tornillos y fibrosis. Este paciente sufrió ambas, lo cual no corresponde a error quirúrgico, sino a una eventualidad esporádica. Bajo este conocimiento, se vuelve extremadamente importante informar bien a los pacientes antes de estos procedimientos, ya que podría disuadir de que estos presionen sobre un procedimiento riesgoso, lo cual suele verse mucho en el día a día.		
PALABRAS CLAVE	Drenaje, Escoliosis, Radiculopatía.			

TÍTULO TRABAJO	DEL RUPTURA OCULAR ESPONTANEA EN PACIENTE CON GLAUCOMA NEOVASCULAR, REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Oftalmología)
AUTOR	Casagrande Urdalleta Sofia (1)
CO-AUTORES	Gonzalez Flores Maite (1), Pinilla Mora Rocío (1), Díaz Carú Alonso (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Toltén, Nueva Toltén. (2) Interno de Medicina 7º año, Universidad Mayor Santiago, Santiago.
INTRODUCCIÓN	La ruptura ocular se define como la herida de espesor total de la pared ocular. Su etiología es en mayor frecuencia secundaria a un trauma, las causas no traumáticas son poco frecuentes, habitualmente limitadas a casos individuales. El diagnostico oportuno y el manejo basado en consulta inmediata con oftalmología, instalación de protector ocular rígido, administración de antibióticos y actualización de esquema antitetánico, son fundamentales para el pronóstico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 63 años, antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, dislipidemia, pseudofaquia bilateral, ojo izquierdo (OI) con oclusión de vena central de retina, glaucoma neovascular y ceguera, con mala adherencia a tratamiento. Consultó en urgencias por dolor ocular izquierdo, sangrado espontáneo y cefalea, sin trauma. Ingresó con presión arterial 257/137, eucárdico. En el examen físico se observó perforación ocular. Se derivó para evaluación por oftalmólogo, que constata OI sin discriminación de luz, biomicroscopía con hipotonía, perforación ocular con pérdida de tejido corneal de 5x4 mm, coaptada con coágulos y úvea, atalamia. Se indicó hospitalización y tratamiento antibiótico endovenoso con ceftriaxona 2 g/día y metronidazol 500 mg cada 8 horas. A las 72 horas se realizó evisceración e implante en ojo izquierdo sin incidentes.

Posteriormente se indicó gotas y ungüento de Tobramicina /Dexametasona y controles de forma ambulatoria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La ruptura ocular espontánea es una complicación poco conocida del glaucoma avanzado, especialmente en pacientes con ceguera previa del ojo afectado. La pérdida visual suele generar abandono del tratamiento, favoreciendo este tipo de desenlaces. Aunque la presentación fue concordante con lo reportado previamente, la baja frecuencia de esta entidad justifica su documentación. Este caso refuerza la necesidad de educar al paciente respecto a la adherencia terapéutica, incluso en ojos sin visión útil, y de mantener una vigilancia clínica activa en estos pacientes, a fin de prevenir complicaciones mayores y preservar la anatomía ocular.
PALABRAS CLAVE	Ceguera, Glaucoma Neovascular, Rotura Espontánea.
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE BOERHAAVE COMO COMPLICACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL. REPORTE DE CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Valenzuela Mora Claudia (1)
CO-AUTORES	Alvarado Saavedra Javiera (2), Anelli López Catalina (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General, Hospital de Santa Bárbara, Santa Bárbara. (2) Médico General de Zona, Hospital de Santa Bárbara, Santa Bárbara.
INTRODUCCIÓN	El alcohol es la droga más consumida por los chilenos, su consumo agudo tiene un riesgo duplicado de muerte que puede desencadenar complicaciones graves como el síndrome de Boerhaave, una ruptura esofágica espontánea. Dada su baja frecuencia y amplia presentación clínica existe alto riesgo de retraso en diagnóstico y mortalidad. Este caso se expone para mejorar su reconocimiento y buscar factores de riesgo asociados para un manejo oportuno.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta el caso de un paciente masculino de 58 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus y alcoholismo crónico, que consultó por compromiso del estado general, vómitos abundantes, epigastralgia y disnea de dos días de evolución luego de ingesta copiosa de alcohol durante 7 días consecutivos. Al examen físico se encontraba hipotenso, taquipneico, taquicárdico, deshidratado y mal perfundido. Se realizó manejo inicial con volemicización vigorosa y oxígeno suplementario para estabilización de signos vitales por sospecha de

shock hipovolémico y derivación a un centro de alta complejidad para continuar manejo. Por persistencia de dificultad respiratoria se tomó una tomografía computarizada de tórax que informó una posible perforación esofágica, neumomediastino y derrame pleural bilateral que necesitó la instalación de dos tubos pleurales para drenaje. Se indicó endoscopia que confirmó diagnóstico y se instaló una prótesis esofágica sin incidentes. Posteriormente, el paciente evolucionó de forma favorable con bajos débitos desde drenajes, que fueron retirados exitosamente, y tratamiento antibiótico completado previo al alta

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En conclusión, el síndrome de Boerhaave es una urgencia médica infrecuente pero grave que debe sospecharse en pacientes con consumo agudo de alcohol en grandes cantidades con síntomas como vómitos, dolor torácico y disnea. Su sospecha temprana es importante para reducir las posibles complicaciones que pueden conducir a infecciones graves y potencialmente letales.
PALABRAS CLAVE	Alcoholismo, Mediastinitis, Perforación del Esófago.
TÍTULO DEL TRABAJO	COXARTROSIS SECUNDARIA A DISPLASIA DE CADERA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD - REPORTE DE CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	a) Medicina Familiar
AUTOR	Godoy Navarro Carolina (1)
CO-AUTORES	Mattamala Aravena Tomas (1) , Valdés Castro Benjamín (1) , Leiva Covarrubias Luna (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Cefam La Bandera, Santiago. (2) Interna de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.
INTRODUCCIÓN	La displasia luxante de cadera (DLC) es una alteración del desarrollo de las caderas, que afecta la articulación coxofemoral, produciendo anormalidades en la estructura femoral, acetabular o ambos. Corresponde a uno de los factores de riesgos individuales más importantes para el desarrollo de Artrosis de cadera en los adultos. Si no es pesquisada a tiempo, puede conducir a desarrollo de artrosis en un 25-50% de los casos, con una edad promedio de inicio de 50 años, además de ser causa entre un 15 a 18% de la artroplastia total de cadera. Objetivo: Reportar caso de artrosis severa de cadera secundaria a DLC no tratada en infancia pesquisada en atención primaria de salud.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 41 años con antecedentes de crianza frágil y sin controles en edad pediátrica, consulta en múltiples ocasiones entre Agosto 2018 a Febrero 2024 por artralgias generalizadas, que se intensifican en articulación coxal izquierda, al examen físico marcha con claudicación a derecha, asimetría evidente en supino y dismetría aproximadamente de 3 cm más corta y atrofia de cuádriceps ipsilateral, , FABER restringido en rango de movimiento, FADIR positivo, Log Roll Test positivo, evolucionando de forma tórpida con analgesia tradicional, por lo que se solicita radiografía de pelvis y cadera bilateral debido a sospecha de artrosis severa de cadera secundaria a DLC. Es derivada a traumatología siendo confirmado el diagnóstico.		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Actualmente no existe bibliografía actualizada sobre las artrosis secundarias a DLC en Chile. El reporte de casos nos permitiría evidenciar la realidad local, permitiendo tener una mirada real respecto al impacto de la DLC no tratadas en la artropatía de cadera nacional. Tal información sería útil para la actualización y/o desarrollo de nuevas guías clínicas en Chile.		
PALABRAS CLAVE	Artrosis/Osteoartrosis de cadera (OA), Displasia del desarrollo de la cadera (DDC), Tamizaje en recién nacidos		
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL SÍNDROME HEPATORRENAL, UNA COMPLICACIÓN MORTAL DEL DAÑO HEPATICO CRÓNICO:		
CLASE	Caso clínico (cc)		
CATEGORÍA	b) Medicina Interna		
AUTOR	Peñaloza Cuadra Ignacio (1)		
CO-AUTORES	Cortés Gómez	Martínez Mena	Tamara Agustina (2) (3)
	Baabor Sommer Benjamin (4)		
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital el Salvador de Peumo, Peumo (2) Médico General de Zona, Cefam Francisco Labril, Coltauco (3) Médico General de Zona, Hospital de Quellón, Quellón (4) Médico General, Centro de salud CAPREDENA, Santiago		
INTRODUCCIÓN	El Síndrome Hepatorrenal es una falla renal aguda, funcional caracterizada por una intensa vasoconstricción sistémica, secundaria al hiperflujo esplácnico en el contexto de daño hepático crónico avanzado con hipertensión portal severa. Es una complicación grave y en muchas ocasiones terminal, según estudios su mortalidad a los 90 días es del 49% en pacientes que no reciben trasplante de hígado. Se		

presenta el siguiente caso con objetivo de destacar la importancia del diagnóstico temprano y la intervención oportuna del síndrome hepatorenal.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente masculino de 35 años con antecedentes de consumo perjudicial de alcohol. Se hospitaliza en contexto de síndrome icterico. Se realiza scanner de abdomen y pelvis evidenciándose cambios morfológicos de daño hepático crónico con esplenomegalia, circulación colateral y ascitis como marcadores de hipertensión portal. Destaca exámenes de ingreso creatinina 0.62 mg/dl, INR 2.63, Bilirrubina total 18.11 mg/dl, Leucocitos 11.500, por lo que se inicia tratamiento inicial con Furosemida y Espironolactona. Paciente durante hospitalización presenta deterioro del estado general caracterizado por alteración del estado de conciencia y dolor abdominal. Se realizan exámenes de laboratorio destacando aumento de creatinina hasta 2.16 mg/dl, leucocitos 14.740, Sodio 125, Potasio 3.7. Por lo que, ante quiebre clínico se decide realizar paracentesis diagnóstica destacando albumina menor a 1 mg/dl, Leucocitos 8671 con 87% polimorfonucleares, sin bacterias al gram. Diagnosticándose Síndrome hepatorenal secundario a peritonitis bacteriana espontanea (PBE). Se comienza manejo con Terlipresina, Albumina asociado a Ceftriaxona durante 5 días presentando mejoría clínica.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y Dentro de las complicaciones del daño hepático crónico el síndrome hepatorenal es una de las que presenta mayor mortalidad (49% a los 90 días), el cual dentro de sus causas más frecuentes son la PBE, y paracentesis evacuadoras sin contraposición de albumina. Tener una sospecha clínica oportuna asociada a tratamiento con reposición de albumina y vasopresores permiten una mejoría del 50% de los pacientes en el mejor de los casos, por lo que, su prevención es indispensable en el manejo de dichos pacientes, como se vio demostrado en este caso, ya que su detección temprana y tratamiento de forma oportuna permitieron la mejoría clínica del paciente.

PALABRAS CLAVE

Síndrome hepatorenal, Cirrosis, Peritonitis

**TÍTULO
TRABAJO**

DEL TUBERCULOSIS DISEMINADA COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA

b) Medicina Interna

AUTOR

Vallespín Neira Javiera (1)

CO-AUTORES	Salas Reyes Pilar (2), Tala Pfeil Joaquín (3), Conejeros García Arantza (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Miraflores, Viña del Mar (2) Médico General de Zona, CESFAM Eduardo Frei Montalva, La Cisterna (3) Estudiante de quinto año de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago
INTRODUCCIÓN	La tuberculosis (TBC) es una patología infecciosa causada por la bacteria <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, una de las principales causas infecciosas de mortalidad mundial. En Chile, se reportó una incidencia de tuberculosis de 14,4 casos por cada 100.000 habitantes en 2022, lo que confirma que la enfermedad continúa siendo un problema de salud pública vigente. Su forma más frecuente y transmisible es la TBC pulmonar, aunque existen presentaciones extrapulmonares en diversos órganos. Estas formas atípicas son más comunes en inmunosuprimidos, quienes tienden a presentar síntomas inespecíficos, requiriendo un alto índice de sospecha para su detección. El objetivo de este caso es visibilizar las manifestaciones atípicas de la TBC en pacientes inmunosuprimidos.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) recientemente diagnosticado, consulta por una semana de compromiso cualitativo de conciencia, fiebre, convulsiones y cefalea. Refiere pérdida de peso en las últimas semanas. Niega síntomas respiratorios, sudoración nocturna y hemoptisis. En la punción lumbar se evidenció glucosa de 36 mmol/L y leucocitosis (325 células, 60% polimorfonucleares). Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) positivo para VIH. La resonancia magnética encefálica mostró lesiones nodulares intraaxiales supratentoriales bilaterales con realce en anillo. La tomografía de tórax, abdomen y pelvis reveló una lesión nodular espiculada en el lóbulo superior izquierdo con biopsia positiva para tuberculosis.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La TBC es una de las infecciones oportunistas más frecuentes en pacientes con VIH. Su alta morbimortalidad representa una carga importante para el sistema de salud. Para enfrentarla, es importante conocer sus manifestaciones clínicas atípicas, manteniendo una alta sospecha diagnóstica en pacientes con inmunosupresión, aún en ausencia de síntomas respiratorios. Finalmente, el rol del médico es clave para integrar antecedentes clínicos, hallazgos imagenológicos y contexto social para iniciar un

tratamiento oportuno, incluso ante pruebas iniciales negativas, lo que permite cambiar el pronóstico del paciente.

PALABRAS CLAVE	Huésped Inmunocomprometido, Tuberculosis Extrapulmonar, VIH
TÍTULO DEL TRABAJO	HEMATOMA GEMELAR. NO TODO ES TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA: A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina interna
AUTOR	Contreras Marambio Julio (1)
CO-AUTORES	López Aravena Esteban (1), Salas Gianini Roxanna (1), Toro Molina Hugo (2)
AFILIACIÓN	1. Médico En Etapa de Destinación y Formación, CESFAM N°1 Dr. Ramon Corbalán Melgarejo, Santiago. 2. Médico cirujano general, CESFAM N°1 Dr. Ramon Corbalán Melgarejo, Santiago.
INTRODUCCIÓN	El hematoma gemelar, es una lesión observada en personas de mediana edad y antecedente de actividad física. Esta consiste en la rotura del gemelo interno con la desinserción parcial de su aponeurosis adyacente común con el sóleo. Clínicamente se caracteriza por dolor de inicio súbito e intenso en la pantorrilla, inflamación y equimosis, asociado a sensación de golpe, por lo mismo también se conoce como “síndrome de pedrada”.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino, 78 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio y enfermedad renal crónica. Niega tabaquismo. Presenta cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por dolor intenso de pierna izquierda y aumento de volumen, a nivel de la pantorrilla, que dificulta la marcha. Niega antecedente de trauma o actividad física, pero a la interrogación refiere “sensación de tirón” previo al cuadro. Al examen físico, presenta: aumento de volumen de pierna izquierda, tumefacción y dolor intenso a la palpación. Signo de Homans (+). Sin cordón varicoso. Pulsos conservados. Se deriva al servicio de urgencia por sospecha de trombosis venosa profunda (TVP), se inicia tratamiento empírico con anticoagulante hasta realización de ecografía, que informa: hematoma miotendinoso del gemelo interno de 13.2 x 1.5 cm. Sin evidencia de TVP.

Se suspende tratamiento empírico y se realiza tratamiento sintomático.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El hematoma gemelar es una causa poco conocida, pero relevante de dolor y aumento de volumen de extremidades inferiores, dado que está dentro el diagnóstico diferencial de la enfermedad tromboembólica, específicamente de la TVP. Debido al potencial riesgo vital es necesario tener un bajo umbral de sospecha y enfocarnos en la pronta confirmación diagnóstica del cuadro. Por lo mismo, se justifica el iniciar tratamiento empírico mientras se completa el estudio. En el caso presentado, el descarte de TVP permitió orientar el manejo hacia un tratamiento sintomático y evolución clínica completa.
PALABRAS CLAVE	Hematoma gemelar, trombosis venosa profunda, síndrome de pedrada.
TÍTULO DEL TRABAJO	GASTROENTERITIS AGUDA COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Acevedo Awad Matías (1)
CO-AUTORES	Cortés Pino Felipe (1), Baldassare Macchiavello Gianluca (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Adriana Cousiño de Quintero
INTRODUCCIÓN	La endocarditis aguda corresponde a la infección del endocardio, caracterizada por un inicio súbito y rápida progresión, habitualmente causada por patógenos altamente virulentos. Representa una urgencia médica debido a su alta morbilidad y mortalidad si no se diagnostica y trata oportunamente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 47 años, sin antecedentes médicos conocidos, consulta en hospital de alta complejidad por cuadro de una semana de evolución de dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea. Se solicitan exámenes que evidencian creatinina en 2.4, potasio en 2.6, leucocitosis de 11.000 y proteína c reactiva de 113. Se interpreta como gastroenteritis aguda viral, hospitalizándose para manejo sintomático y corrección de falla renal e hipocalcemia. Al presentar mejoría sintomática, se traslada a hospital de menor complejidad para término de manejo hidroelectrolítico. Durante esta hospitalización, el paciente persiste con episodios

febriles y elevación sostenida de parámetros inflamatorios. Se realiza nuevo examen físico, destacando soplo grado IV en foco mitral, sin hallazgos cutáneos ni de otros sistemas. Ante ausencia de foco infeccioso claro y el nuevo hallazgo auscultatorio, se contraderiva a hospital de alta complejidad, donde se toman hemocultivos y se realiza ecocardiograma, evidenciando vegetación de 2.3 cm en válvula mitral, además de hemocultivos positivos para *Staphylococcus epidermidis*. Se hospitaliza para tratamiento antibiótico con buena respuesta, siendo dado de alta sin complicaciones.

DISCUSIÓN	Y	La endocarditis aguda es una infección potencialmente mortal que destaca por su presentación atípica y, por ende, de difícil diagnóstico. Es fundamental considerarla en pacientes con cuadros febriles de foco incierto y evolución tórpida a pesar del tratamiento. Semiológicamente, aunque los hallazgos cutáneos son sugerentes, pueden estar ausentes, por lo que ante un nuevo soplo cardíaco, fiebre persistente y parámetros inflamatorios elevados, se debe siempre sospechar y descartar esta patología.
CONCLUSIONES		
PALABRAS CLAVE		Endocarditis, Fiebre, Soplo Sistólico
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ANEMIA CRÓNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE		CASO CLINICO
CATEGORÍA		B) MEDICINA INTERNA
AUTOR		CUBILLOS BRAVO AMPARO (1)
CO-AUTORES		TORRES LARA VERÓNICA (1), NICOLA ASTORGA MARIA (1), SOBARZO VILLARROEL PAOLO (1)
AFILIACIÓN		(1) MEDICO EDF, HOSPITAL LA CALERA
INTRODUCCIÓN		La Macroglobulinemia de Waldenström (MW) es un trastorno linfoproliferativo B de bajo grado de malignidad caracterizado por la infiltración de la médula ósea por células linfoplasmocíticas secretoras de proteína IgM. La MW es una enfermedad infrecuente, con una incidencia de 3.8 millones de habitantes/año. Una de sus manifestaciones es alteración del hemograma por la infiltración de la médula ósea, provocando en algunos casos un síndrome anémico.
PRESENTACIÓN DEL CASO		Masculino de 73 años con antecedentes de hiperplasia prostática benigna, Diabetes mellitus 2, anemia crónica microcítica hipocrómica.

Hospitalizado en contexto de pie diabético con indicación de angiografía por especialistas, diferida por tiempo indeterminado por anemia severa. Se inicia estudio de anemia con cinética del hierro compatible con anemia ferropénica, endoscopia alta y baja sin hallazgos. Se amplía estudio encontrándose banda monoclonal en orina, se realiza estudio de médula ósea con hallazgo de linfocitos maduros B patológicos, escáner con adenopatías periféricas supra e infradiafragmáticas. Se diagnostica MW y se inicia tratamiento con rituximab semanal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La MW es una enfermedad poco común, en la que al menos el 25% de las personas son asintomáticas y una de las primeras manifestaciones puede ser alteración en pruebas de laboratorio de rutina. Es una enfermedad que no tiene cura pero si tiene opciones de tratamiento al tener el diagnóstico correcto. En Chile aún hay poca información respecto a esta enfermedad y su prevalencia, por lo que es importante sospecharla y estudiar más a fondo a los pacientes con síndromes anémicos sin causa clara.

PALABRAS CLAVE Macroglobulinemia de Waldenström, anemia, médula ósea

TÍTULO DEL TRABAJO MORFEA ABDOMINAL UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ESCLERODERMIA LOCALIZADA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE h) Especialidades (Dermatología)

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Saldivia Caro Daniel (1)

CO-AUTORES Saldivia Caro Cristobal (2), Garcés Vega Diego (3) ,Zuñiga Valdés Israelita (4)

AFILIACIÓN (1). Médico General de Zona, Departamento de Salud Municipal Mulchén, Mulchén.
(2). Médico General, Centro de Salud Familiar Constitución, Constitución. (3). Médico General, Centro de Salud Familiar Carlos Trupp Wanner, Talca. (4). Médico General, clínica los Andes ACHS Salud , Los Ángeles.

INTRODUCCIÓN La morfea, o esclerodermia localizada, es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la fibrosis de la piel y tejidos subyacentes. Aunque es más común en la piel, puede afectar otros órganos. Las lesiones pueden manifestarse como placas eritematosas bien delimitadas, que progresan hacia una placa con centro blanquecino y borde violáceo. En etapas avanzadas, puede haber esclerosis y atrofia

severa que afecten la función y la apariencia. El diagnóstico es clínico y se confirma mediante biopsia. Presentamos un caso con características inusuales.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Femenina de 46 años de edad con antecedentes de Alergia a Penicilina, consulta por cuadro de 2 años de evolución caracterizado por lesiones maculares hipopigmentadas, bien delimitadas en zona abdominal de 8 cm en su diámetro mayor, que han ido aumentando de tamaño progresivamente asociado a prurito ocasional. Ha usado corticoides tópicos de baja potencia sin respuesta. Dado lo atípico de la presentación se deriva a dermatología, donde posterior evaluación, se hace una biopsia de la lesión para confirmación diagnóstica, donde el informe patológico señala: Dermatitis perivascular superficial y profunda linfocitaria con plasmocitos y esclerosis hipocelular de la dermis superficial compatible con morfea, asociado a anticuerpos antinucleares negativo. Dado lo anterior se diagnostica Esclerosis Cutánea Localizada (Morfea). Se inició tratamiento con corticosteroides tópicos de alta potencia y terapia física donde la paciente mostró mejoría significativa tras 3 meses de tratamiento.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y Aunque la morfea en general tiene una prevalencia relativamente baja, la morfea abdominal es aún menos común y se considera una manifestación rara de esta enfermedad. Esto resalta la importancia de un diagnóstico adecuado y un enfoque clínico cuidadoso para su identificación y tratamiento, ya que al hacerlo oportunamente puede mejorar significativamente la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE

Autoinmunidad, Dermatitis, Esclerodermia Localizada.

**TÍTULO
DEL TRABAJO**

DEL ABSCESO VERTEBRAL CERVICAL A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA

h) Especialidades (Neurocirugía)

AUTOR

Mariángel Bravo Macarena (1)

CO-AUTORES

Marchant Bravo Diego (1), Araneda Valdés Rosario (1), Gil Suarez Marianny (2)

AFILIACIÓN

(1) Médico general de zona, Hospital de Chimbarongo, Chimbarongo
(2) Médico Cirujano, Hospital de Chimbarongo, Chimbarongo

INTRODUCCIÓN	El absceso epidural espinal (AEE) es una infección infrecuente pero potencialmente devastadora. Su incidencia ha aumentado, atribuida a factores como la diabetes, el uso de procedimientos invasivos y el envejecimiento poblacional. La presentación clínica puede ser inespecífica, especialmente en personas mayores, lo que dificulta su diagnóstico precoz. Este reporte presenta un caso con evolución tórpida donde el dolor cervical persistente fue un síntoma cardinal subestimado.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 67 años con diabetes mellitus tipo 2. Consultó reiteradamente a urgencias por dolor cervical, recibiendo diagnósticos de contractura muscular sin mejoría. Ingresó por delirium asociado a pielonefritis aguda, detectada por piuria. Durante la hospitalización, persistió dolor cervical intenso, de difícil manejo. Se evidenció aumento de volumen cervical izquierdo. Se solicitó una tomografía computarizada (TC) cervical que mostró absceso vertebral desde C1 a C3 con extensión a partes blandas. Se inició tratamiento antibiótico consentimiento informado para uso académico del caso.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La presentación del AEE puede ser atípica, especialmente en adultos mayores. La tríada clásica (dolor, fiebre, déficit neurológico) se presenta en menos del 15% de los casos. La diabetes es un factor de riesgo frecuente. El diagnóstico requiere alta sospecha clínica y confirmación por imagen, siendo la resonancia magnética (RM) el estándar, aunque la TC puede ser útil si no está disponible. El tratamiento debe ser precoz, combinando antibióticos intravenosos y drenaje quirúrgico o guiado por imagen. La demora diagnóstica se asocia a peores desenlaces, incluyendo secuelas neurológicas y mortalidad. Este caso enfatiza la importancia de considerar AEE ante dolor vertebral persistente en pacientes con comorbilidades.
PALABRAS CLAVE	Absceso epidural espinal, Diabetes mellitus tipo 2, Dolor cervical
TÍTULO DEL TRABAJO	TRASTORNO DISOCIATIVO DE LA IDENTIDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	Zambrano Godoy Francisca (1)
CO-AUTORES	Zambrano Rey Andrea (2), Barra Ortiz Paulina (3), Verdugo Mansilla Renata (4)

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Centro de salud Familiar Rio Negro Hornopiren, Hualaihue, Chile. (2) Médico General de Zona, Centro de salud Familiar Rio Negro Hornopiren, Hualaihue, Chile. (3) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Pulmahue, Padre las Casas, Chile. (4) Estudiante de Medicina Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile.
INTRODUCCIÓN	El trastorno disociativo de la identidad (TID) constituye una patología grave y compleja. En estudios poblacionales se observa una prevalencia del 1-3 %. Su curso habitualmente es crónico, y se caracteriza principalmente por una alteración en la memoria autobiográfica y del sentido de identidad única. Surge generalmente como resultado de experiencias traumáticas abrumadoras durante la infancia, donde la disociación sirve como mecanismo de defensa para separar el dolor emocional extremo de la vida cotidiana. Es necesario comprender la complejidad diagnóstica y terapéutica de esta entidad, con el fin de reflexionar sobre los desafíos clínicos que plantea y la importancia de un abordaje interdisciplinario y necesidad de derivación a especialidad.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 31 años, con antecedente de abuso sexual infantil y violencia intrafamiliar grave durante infancia, adolescencia y vida adulta consultó por cuadro de amnesia retrograda y de disociación con presencia de 9 personalidades. Cada una que representa distintas edades, con psicomotricidad, prosodia, voz y preferencias diferentes. Refería predominio de tres personalidades en su diario vivir que se presentan durante entrevistas clínicas que se cambian a medida de que se realiza la descripción de los eventos vitales críticos. Sin ideación suicida referida, juicio realidad conservado. Se derivó para manejo por especialidad.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El TID suele originarse en el contexto de una experiencia traumática grave durante la infancia y adolescencia de los usuarios del paciente. Así, la disociación es una forma de defenderse ante el trauma. Las manifestaciones clínicas del TID son muy variadas: trastornos de identidad, amnesia autobiográfica, disociación de los elementos del recuerdo traumático, fenómenos de despersonalización y desrealización, alucinaciones, síntomas somatomorfos y conductas autolesivas, por lo que normalmente se tiene un diagnóstico y tratamiento erróneo. Esto destaca la necesidad de una anamnesis completa, pudiendo desde atención primaria entregar un manejo

inicial de las comorbilidades y realizar derivación a especialista para seguimiento.

PALABRAS CLAVE	Abuso Infantil, Trastorno Disociativo de la Identidad, Violencia Doméstica		
TÍTULO DEL TRABAJO	INTENTO DE AUTOLISIS POR SOBREDOSIS DE CAFEÍNA: A PROPÓSITO DE UN CASO.		
CLASE	Caso Clínico (cc)		
CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)		
AUTOR	Zambrano Godoy Francisca (1)		
CO-AUTORES	Zambrano	Rey	Andrea (2)
	Reyes	Fernández	Alonso (3)
	Verdugo Mansilla Renata (4)		
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cefam Río Negro Hornopiren, Hornopiren (2) Médico General de Zona, Cefam Río Negro Hornopiren, Hornopiren (3) Médico General de Zona, Cefam Antonio Varas, Puerto Montt (4) Estudiante de Medicina Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile.		
INTRODUCCIÓN	En Chile, la tasa de suicidios alcanzó 10.3 por cada 100.000 habitantes en 2024. Los métodos más comúnmente utilizados son ahorcamiento, armas de fuego y envenenamiento por sustancias. La cafeína es una de las drogas psicoactivas más utilizadas a nivel mundial, siendo parte de diversas sustancias de consumo habitual (café, bebidas, suplementos, etc). Si bien los reportes de casos de intoxicación severa por cafeína son escasos, el creciente uso de esta sustancia como suplemento deportivo ha llevado a la descripción de incidentes que van desde síntomas leves hasta arritmias ventriculares e, incluso, la muerte.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 20 años, sin antecedentes. Ingres a urgencias posterior al consumo de 40 comprimidos de cafeína de 210 mg con fines suicidas (planificado, dejando carta de despedida). A su ingreso destaca hipokalemia 3,39 mmol/L, lactato elevado 108.4 mg/dL y aumento de Creatin-Kinasa Total (CKT) de 1257 U/L. Manejo inicial con carga de potasio e hidratación endovenosa. Ingresó a Unidad de Paciente Crítico para monitorización. Durante la estadía presentó cuadro de dolor precordial, con electrocardiograma sin signos de isquemia. Evolucion a favorablemente, disminuyendo la CKT hasta 248		

U/L. Además fue realizado electroencefalograma que resultó sin alteraciones. Finalmente fue dado de alta 3 días post ingreso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La cafeína es un estimulante del sistema nervioso central que actúa como antagonista de los receptores de adenosina. Las dosis tóxicas suelen iniciar con la ingesta de 1 g, mientras que las letales se han reportado mayores a 3 g. Las manifestaciones de la intoxicación son variables, lo que dificulta un manejo estandarizado. El enfoque terapéutico se centra en el control de las complicaciones cardiovasculares, trastornos hidroelectrolíticos y, en casos graves, la hemodiálisis. Los intentos de autólisis mediante cafeína, aunque poco comunes, emergen como una preocupación debido al aumento de uso de suplementos dietéticos.
PALABRAS CLAVE	Cafeína, Intento de suicidio, Intoxicación.
TÍTULO DEL TRABAJO	DEMENCIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA CON DESARROLLO DE EPILEPSIA SECUNDARIA, REPORTE DE CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	g) Neurología
AUTOR	Garrido Pereira Camila (1)
CO-AUTORES	Tapia Del Río Daniela (2), Gatica Pinilla Camila (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cecosf Puerto Chacabuco, Aysén (2) Médico General de Zona Cesfam Victor Domingo Silva, Coyhaique (3) Médico General de Zona, Cecosf Villa Mañihuales, Aysén
INTRODUCCIÓN	Las demencias rápidamente progresivas (DRP) son un grupo de enfermedades neurodegenerativas caracterizadas por un deterioro cognitivo acelerado en meses o pocos años. Entre las causas se incluyen enfermedades priónicas, autoinmunes, infecciosas y exposición a toxinas. La relación entre exposición laboral y neurotoxicidad es compleja y poco estudiada, pero ciertos agentes pueden desencadenar deterioro cognitivo con manifestaciones atípicas como epilepsia secundaria. Este reporte expone un caso con sospecha de demencia de origen tóxico y desarrollo de epilepsia secundaria.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 60 años, con antecedente de exposición laboral prolongada a resinas. En 2021, consulta por deterioro cognitivo amnésico progresivo (Montreal cognitive assessment 17/30), con dificultades en la memoria reciente y orientación. Se sospecha un cuadro neurodegenerativo posiblemente asociado a exposición a

toxinas. Estudios iniciales sin hallazgos relevantes, excepto resonancia magnética con signos involutivos difusos. Pese a la rehabilitación cognitiva, el deterioro se acentúa, con afectación funcional y conductual progresiva. En 2023, se establece diagnóstico de deterioro cognitivo mayor tipo Alzheimer, con síntomas de irritabilidad y desorganización conductual. En 2024, presenta crisis convulsiva con compromiso de conciencia en 2 oportunidades, seguido de un declive funcional acelerado, con inestabilidad, pérdida de movilidad, alucinaciones y mayor dependencia. Para 2025, la progresión conduce a postración y dependencia total en actividades básicas de la vida diaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso resalta la necesidad de considerar causas no convencionales en pacientes con DRP. La exposición laboral a neurotoxinas puede inducir deterioro cognitivo progresivo con manifestaciones atípicas, incluyendo epilepsia secundaria. La falta de biomarcadores específicos dificulta la confirmación diagnóstica, pero estudios imagenológicos y seguimiento clínico pueden orientar la sospecha. En este caso, el uso de levetiracetam y antipsicóticos ha sido necesario para el control sintomático, destacando la importancia del manejo multidisciplinario.		
PALABRAS CLAVE	Demencia, Enfermedades Neurodegenerativas, Epilepsia		
TÍTULO DEL TRABAJO	DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE NEOPLASIA RENAL EN PACIENTE CON MASA UTERINA: ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO:		
CLASE	h) Especialidades (Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Psiquiatría, entre otros)		
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)		
AUTOR	Muñoz Friz Jorge (1)		
CO-AUTORES	Reyes	Arellano	Pablo (1)
	Muñoz	Arce	César (2)
	Silva Reyes Ignacia (3)		
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Portezuelo, Portezuelo. (2) Médico cirujano, CESFAM Portezuelo, Portezuelo. (3) Interna de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción.		
INTRODUCCIÓN	El carcinoma de células renales (CCR) representa el 2-3% de los cánceres en adultos, 5% de tipo cromóforo. Su diagnóstico incidental en estudios de imagen ha aumentado, permitiendo un manejo temprano. Presentamos el caso de una mujer de 43 años, en quien se		

identificó una masa renal hipervascular durante el estudio de un leiomioma uterino. El objetivo de este reporte es destacar la importancia del abordaje multidisciplinario en neoplasias renales incidentales, su correlación clínico-radiológica y el rol de la cirugía conservadora de la función renal cuando es viable.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente femenina de 43 años, hipertensa y asmática, en quien se realizó una tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis (TC-TAP) en noviembre de 2022 como parte del estudio preoperatorio por mioma uterino sintomático. El estudio evidenció, además de la masa uterina, una lesión sólida hipervascular en el riñón derecho de características neoplásicas. En diciembre de 2022 se realizó una histerectomía subtotal. Durante 2023, la paciente presentó dolor en flanco derecho, pérdida de peso y disuria. Los exámenes mostraron hematuria microscópica. Al revisar la TC-TAP previa, se identificó la lesión renal no estudiada, lo que motivó derivación a urología. Se realizó nefrectomía radical derecha laparoscópica. El estudio histopatológico confirmó carcinoma de células renales tipo cromóforo, con márgenes libres y sin metástasis. En el control postoperatorio la paciente se encontraba asintomática y en buen estado general.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y Este caso resalta la importancia de una meticulosa evaluación de hallazgos imagenológicos incidentales. La masa renal hipervascular detectada en el TC inicial, aunque asintomática, resultó ser un carcinoma de células renales confirmado histológicamente. Subraya la necesidad de no subestimar lesiones renales en estudios por otras indicaciones. El diagnóstico oportuno permitió un manejo curativo, evitando progresión metastásica. Este reporte refuerza el valor de la correlación clínico-radiológica y la interconsulta temprana ante hallazgos sospechosos.

PALABRAS CLAVE

Carcinoma de células renales, Hallazgos incidentales, Tomografía.

**TÍTULO
DEL TRABAJO**

NEVUS EPIDÉRMICO VERRUCOSO EN LA ADULTEZ, UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE:

CLASE

Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA

H. Especialidades (Dermatología)

AUTOR

Vásquez Sagal Camila (1)

CO-AUTORES

Barahona	Velis	Bryan	(2)
Hevia	Oróstica	Susi	(3)
Marchioni Yañez Antonio (3)			

AFILIACIÓN	(1). Médico General de Zona. Posta de Salud Rural Peralillo. Illapel (2). Médico general. CESFAM Magisterio, Talca (3). Médico General de Zona. CESFAM Maule, Maule.
INTRODUCCIÓN	El nevus epidérmico verrugoso inflamatorio lineal (NEVIL) es una variante poco frecuente del nevo epidérmico, caracterizado por lesiones eritematosas, descamativas, pruriginosas y de distribución lineal que sigue las líneas de Blaschko. Su presentación suele ser congénita o durante el primer año de vida, siendo excepcional en adultos. Se estima una incidencia de 1 por cada 1000 nacidos vivos con un 80% de la presentación durante el primer año de vida, y mayor prevalencia en mujeres (4:1). Clínicamente, puede confundirse con psoriasis, liquen plano o dermatitis de contacto. La biopsia cutánea es el pilar diagnóstico, revelando hiperplasia epidérmica, paraqueratosis e infiltrado inflamatorio. El presente reporte busca describir un caso inusual de NEVIL en la adultez, enfatizando la importancia del diagnóstico diferencial temprano ante lesiones cutáneas crónicas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 59 años, con antecedentes de cavernomatosis, monorrena congénita y epilepsia, consulta por cuadro de 5 años caracterizado por aparición de lesión hiperqueratósica en dorso de mano, de márgenes poco definidos y progresiva. Se realiza biopsia de la lesión, que informó confirmó nevo epidérmico verrucoso. Se indicó tratamiento tópico de la lesión en base a urea al 40%.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Los nevus epidérmicos son hamartomas originados en la epidermis y/o en las estructuras anexiales de la piel que se han clasificado clásicamente partiendo de la morfología. El NEVIL en adultos es una entidad poco frecuente, lo que puede retrasar su diagnóstico. Su reconocimiento es fundamental para evitar tratamientos erróneos y descartar síndromes asociados. Este caso resalta la importancia de considerar al NEVIL como diagnóstico diferencial frente a lesiones cutáneas crónicas de apariencia psoriasiforme en adultos. La sospecha clínica, apoyada en la histopatología, permite un enfoque adecuado y mejora la calidad de vida del paciente.
PALABRAS CLAVE	Nevo, Enfermedades de la piel, Dermatología
TÍTULO DEL TRABAJO	PARKINSONISMO ATÍPICO: REPORTE DE CASO Y DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	g) Neurología

AUTOR	Garrido Pereira Camila (1)
CO-AUTORES	Tapia Del Río Daniela(2), Gatica Pinilla Camila (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Cecosf Puerto Chacabuco, Aysén (2) Médico General de Zona Cesfam Victor Domingo Silva, Coyhaique (3) Médico General de Zona, Cecosf Villa Mañihuales, Aysén
INTRODUCCIÓN	El parkinsonismo atípico es un conjunto de trastornos neurológicos que imitan los síntomas del Parkinson pero con características clínicas y evolución diferentes. Trastornos como la parálisis supranuclear progresiva (PSP) y la degeneración corticobasal son formas comunes, y su diagnóstico temprano es clave para establecer un manejo adecuado. Sin embargo, algunas condiciones raras, como la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ), pueden presentar características similares. El diagnóstico diferencial es desafiante y requiere un enfoque multidisciplinario y uso de herramientas diagnósticas avanzadas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 60 años, sin antecedentes neurológicos relevantes, que en enero de 2023 inició con alteración del equilibrio, lateropulsiones a izquierda, bradiquinesia y rigidez. No tenía temblor en reposo, pero sí trastornos del sueño REM y cefalea occipital. Se sospechó enfermedad de Parkinson y se inició levodopa sin mejoría. En marzo de 2023, la resonancia magnética evidenció un meningioma en la fosa posterior y atrofia parietal derecha. En agosto de 2023, presentó deterioro motor y cognitivo progresivo, por lo que se sospecha de parkinsonismo atípico, tipo parálisis supranuclear progresiva. Para enero de 2024, desarrolló signos piramidales bilaterales, disartria y apraxia de la marcha. En abril de 2024, su deterioro global acelerado, con alucinaciones y mayor afectación motora, llevó al neurólogo a considerar la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob como diagnóstico diferencial. Para inicios del 2025, evolucionó con disartria severa y mayor afectación motora, lo que lo llevó a una dependencia severa.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La rápida progresión del cuadro, la falta de respuesta a levodopa y el deterioro cognitivo acelerado refuerzan la sospecha de etiologías menos comunes como ECJ. En este contexto, el análisis genético es clave para identificar mutaciones asociadas a formas hereditarias de ECJ u otras taupatías. Este caso subraya la importancia del diagnóstico diferencial exhaustivo y la necesidad de considerar estudios genéticos en cuadros atípicos de parkinsonismo de evolución rápida

PALABRAS CLAVE	Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, Parálisis Supranuclear Progresiva, Parkinsonismo, Trastornos del Movimiento.
TÍTULO DEL TRABAJO	CELULITIS AURICULAR ATÍPICA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	h) especialidades (infectología)
AUTOR	Maureira Ramírez Josué (1)
CO-AUTORES	Sanhueza Rivera Belén (2), Marambio Galaz Gonzalo (3)
AFILIACIÓN	1. Médico EDF Hospital Intercultural Kallvu Llanka - Cañete EDF Cesfam Los Álamos 3. Médico EDF Hospital Adriana Cousiño - Quintero
INTRODUCCIÓN	Pseudomonas aeruginosa (PSAE) es un bacilo gramnegativo comúnmente asociado a infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). Sin embargo, de manera menos frecuente, puede causar infecciones comunitarias, incluidas las infecciones de piel y partes blandas (IPPB). Las IPPB son mayormente causadas por Staphylococcus aureus y Streptococcus pyogenes, mientras que PSAE, representa menos del 5% de los casos, lo que limita su inclusión en la cobertura empírica inicial. El objetivo de este informe es destacar la relevancia de PSAE en el diagnóstico diferencial de infecciones cutáneas atípicas en contextos comunitarios.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, de 15 años de edad, con antecedente reciente de perforación en el hélix de la oreja derecha. Consultó por aumento de volumen en la oreja ipsilateral, acompañado de eritema, dolor y calor local. Inicialmente, se indicó flucloxacilina, sin respuesta clínica favorable. Se escaló el tratamiento a amoxicilina con ácido clavulánico, nuevamente sin éxito terapéutico. Debido a la persistencia del cuadro y al marcado aumento de volumen auricular de la paciente, se decidió su ingreso. Durante su hospitalización se realizó drenaje y toma de muestra para cultivo, cuyo resultado fue positivo para Pseudomonas aeruginosa multisensible. En el interrogatorio dirigido, se identificó como antecedente relevante el baño en jacuzzi posterior a la perforación. Se instauró tratamiento con ciprofloxacino, con evolución clínica favorable .
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Aunque PSAE es poco frecuente en infecciones comunitarias de piel y partes blandas, se asocia con exposiciones a ambientes húmedos como jacuzzis y piscinas, donde puede formar un biofilm que facilita la

infección. Además, en perforaciones auriculares, PSAE es un frecuente agente etiológico en infecciones del cartílago, mientras que en el lóbulo auricular es poco común. Este caso resalta la importancia de considerar PSAE en el diagnóstico diferencial, especialmente en pacientes con antecedentes de exposición a ambientes húmedos y piercing.

PALABRAS CLAVE	Celulitis, Infecciones, Pseudomonas
TÍTULO DEL TRABAJO	PREVALENCIA DE BRONQUITIS AGUDA EN POBLACIÓN GENERAL DE LA COMUNA DE CHAÑARAL:
CLASE	Trabajo de Investigación (TI)
CATEGORÍA	f) Salud Pública
AUTOR	Gormaz Gallardo Sabine (1)
CO-AUTORES	Clement Eller Simón (1), Huenumán Rojas Cynthia (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Dr. Jerónimo Méndez Arancibia, Chañaral
INTRODUCCIÓN	La bronquitis aguda es una causa frecuente de atención médica, especialmente en servicios de urgencia durante los meses fríos. Esta patología respiratoria representa una carga significativa en países en desarrollo y se asocia a un patrón estacional que afecta la capacidad de respuesta de centros de menor complejidad. En este contexto, se decidió explorar el comportamiento local de la enfermedad en la comuna de Chañaral. Este estudio tiene por objetivo analizar la distribución estacional de las consultas por bronquitis aguda entre enero del 2023 y marzo del 2025 en el Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Jerónimo Méndez Arancibia.
MATERIALES Y MÉTODOS	Se diseñó un estudio descriptivo, retrospectivo, basado en registros electrónicos institucionales. Se sistematizaron los datos en hojas de cálculo según sexo y mes de consulta, aplicando estadística descriptiva simple. No se requirió evaluación por comité de ética conforme a la normativa interna vigente. Se cuenta con autorización del establecimiento para el uso de los datos.
RESULTADOS	Se identificaron 1048 consultas por bronquitis aguda: 540 en mujeres (51,5 %) y 504 en hombres (48,5 %). En 2023 se registraron 504 casos, con mayor concentración en mayo (60) y junio (58). En 2024 se reportaron 493 casos, destacando mayo con 126. Durante 2025, hasta marzo, se han documentado 51 casos. Los meses más críticos

corresponden a otoño-invierno, mientras enero y febrero presentan menor incidencia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN Los hallazgos coinciden con lo reportado en estudios previos, respaldando las acciones de salud pública que cada año refuerzan la campaña de invierno. No obstante, se identificaron periodos específicos en los que la prevalencia supera los registros tanto nacionales como internacionales. Aunque se trata de una situación propia del contexto local, esta evidencia podría ser útil para fortalecer el respaldo que reciben los hospitales de menor complejidad durante los meses más críticos del otoño e invierno.

PALABRAS CLAVE Atención de Urgencia, Bronquitis, Infecciones Respiratorias

TÍTULO DEL TRABAJO Síndrome de Otelo, la importancia de escuchar al paciente. Reporte de un caso

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA H) Especialidades – Psiquiatría

AUTOR Vargas Valdivia Camilo Tomás (1)

CO-AUTORES Reyes Vidal (2) Sabag Torres (3) Nazira Diego (3) Gabriela Nicolás (3) Vargas Valdivia Víctor Manuel (4)

AFILIACIÓN (1)Médico general, Centro Médico Vitale, Panguipulli
(2)Médica general, CESFAM Panguipulli, Panguipulli
(3)Médico General de Zona, CESFAM Panguipulli, Panguipulli
(4)Médico General de Zona, CESFAM Villa San Rafael, Illapel

INTRODUCCIÓN El trastorno delirante crónico es una psicosis caracterizada por ideas delirantes persistentes, no extrañas y sistematizadas, sin deterioro significativo del funcionamiento global cognitivo ni afectivo. El subtipo celotípico, o síndrome de Otelo, se define por la convicción infundada de infidelidad de la pareja. Adquiere relevancia por su asociación a conductas de riesgo especialmente en población geriátrica. Su diagnóstico y manejo continúan siendo un desafío clínico, especialmente por su frecuente curso insidioso y escasa conciencia de enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 77 años con antecedente de hipotiroidismo en tratamiento. Consultó en primera instancia por artralgia reciente, sin embargo, dentro de anamnesis comienza con relato respecto a su

esposa, señalando que le ha sido infiel reiteradas ocasiones durante último año. Paciente acudió solo. Se contacta a familia para indagar historia clínica, señalando múltiples consultas con médicos por este cuadro, diagnosticando demencia, con indicación de quetiapina 100 mg al día. Se solicitan exámenes sangre e imagenología cerebral, ambos normales, sin consumo de sustancias. Consultas posteriores, paciente persiste con mismo relato, señalando vigilancia constante a su esposa, sin pruebas que confirmen relato, sin otros hallazgos psicopatológicos. Se solicita a familia evaluación por psiquiatría por sospecha trastorno delirante crónico subtipo celotípico, confirmando diagnóstico e iniciando antipsicótico. Sin embargo, se ha mantenido reacio a indicaciones, generando conflictos en su familia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	En adultos mayores con celotipia es fundamental descartar causas orgánicas. Con frecuencia la celotipia se asocia a patología neurológica y consumo de sustancias, lo cual fue descartado. El manejo resulta desafiante dada la escasa conciencia de enfermedad del paciente. Los antipsicóticos atípicos constituyen el pilar terapéutico, aunque la respuesta suele ser parcial. La intervención temprana puede mejorar la calidad de vida y disminuir el riesgo de violencia, evitando desenlaces trágicos.
PALABRAS CLAVE	Delirios, Geriatria, Trastornos Psicóticos
TÍTULO DEL TRABAJO	CUANDO LA URGENCIA NO ES TAN URGENTE: UNA MIRADA A LA DEMANDA EN EL HOSPITAL DE CHAÑARAL:
CLASE	Trabajo de Investigación (TI)
CATEGORÍA	f) Salud Pública
AUTOR	Huenuman Rojas Cynthia (1)
CO-AUTORES	Jara Gutiérrez Valentina (2), Figueroa Pacheco Emilio (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Dr. Jerónimo Méndez Arancibia, Chañaral. (2) Médico General de Zona, Hospital Intercultural Kallvu Llanka, Cañete. (3) Interno de Medicina, Hospital Intercultural Kallvu Llanka, Universidad Andrés Bello, Concepción.
INTRODUCCIÓN	El servicio de urgencias, especialmente en hospitales de baja complejidad, representa un punto clave de acceso al sistema sanitario. Sin embargo, una proporción significativa de consultas responde a situaciones no urgentes, lo que genera sobrecarga asistencial y afecta la capacidad de respuesta ante emergencias reales. Este estudio tiene

por objetivo analizar la frecuencia de consultas clasificadas como C4 y C5 en el Hospital de Chañaral, con el fin de visibilizar el uso inadecuado del dispositivo.

MATERIALES Y MÉTODOS Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, utilizando registros electrónicos institucionales entre enero y diciembre de 2024. Se incluyeron todas las atenciones con categorización registrada. Las variables analizadas fueron el nivel de urgencia y frecuencia absoluta. Se empleó Microsoft Excel para el análisis. El estudio no requirió evaluación por comité de ética, al basarse en datos secundarios sin identificación personal.

RESULTADOS Durante el período analizado se contabilizaron 23.572 consultas de urgencias. De ellas, 16.230 fueron categorizadas como C4 (68,8%) y 5.389 categorizadas como C5 (22,8%), representando el 91,7% del total de consultas en el servicio de urgencias. Estas cifras reflejan un uso mayoritario del servicio por motivos de baja complejidad.

El alto volumen de consultas categorizadas como C4 y C5 sugiere una utilización inapropiada del servicio de urgencia, lo que refuerza la necesidad de fortalecer los dispositivos de atención primaria de salud y estrategias de educación sanitaria a nivel comunitario, con el fin de optimizar la red asistencial y priorizar la atención de casos verdaderamente urgentes.

PALABRAS CLAVE Atención Primaria de Salud, Servicios Médicos de Urgencia, Triage

TÍTULO DEL TRABAJO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ADULTOS MAYORES QUE CONSULTAN EN SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE CHAÑARAL:

CLASE Trabajo de Investigación (TI).

CATEGORÍA f) Salud Pública.

AUTOR Huenumán Rojas Cynthia (1)

CO-AUTORES Clément Eller Simón (2), Gormaz Gallardo Sabine (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital Dr. Jerónimo Méndez Arancibia, Chañaral (2) Médico General de Zona, Hospital Dr. Jerónimo Méndez Arancibia, Chañaral (3) Médico General de Zona, Hospital Dr. Jerónimo Méndez Arancibia, Chañaral

INTRODUCCIÓN El envejecimiento poblacional ha generado un aumento sostenido en la demanda de atención médica, especialmente en territorios con limitados recursos. En comunas como Chañaral, este fenómeno se hace evidente en la creciente presencia de personas mayores en los

servicios de urgencia. En ese contexto, este estudio se encuentra situado en el campo de la salud pública y la epidemiología clínica, desarrollándose en el Hospital de Chañaral, centro de baja complejidad con alta dependencia del sistema público y donde su objetivo fue describir el perfil epidemiológico de personas con 65 años o más que consultaron durante 2024.

MATERIALES Y MÉTODOS	Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, basado en registros electrónicos del Servicio de Urgencia entre enero y diciembre de 2024. Se incluyeron usuarios de 65 años o más. Las variables analizadas fueron sexo, previsión, diagnóstico principal y estado de atención. El análisis se efectuó en Excel, mediante estadísticas simples. Al tratarse de datos anonimizados, no se requirió evaluación ética, cumpliendo con la normativa interna y criterios de confidencialidad.
RESULTADOS	Durante el periodo analizado se contabilizaron 3.590 consultas de personas mayores, en su mayoría mujeres (52,6%). Más del 90% de los usuarios estaban afiliados a Fonasa, predominando el tramo B (69%). El 91,5% de las atenciones quedó registrado como completado. Los diagnósticos más comunes fueron procedimientos no especificados, neumonía bacteriana, dolor agudo e infecciones urinarias. En comparación con menores de 65 años, el grupo mayor presentó mayor frecuencia de patologías respiratorias, infecciosas y síndromes dolorosos.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	El estudio muestra que los adultos mayores representan una parte significativa de la demanda en urgencias, con un perfil clínico complejo. Los resultados destacan la necesidad de fortalecer la atención ambulatoria y el control de enfermedades crónicas. Esta evidencia local subraya la urgencia de adaptar el sistema sanitario frente al creciente
PALABRAS CLAVE	Adultos Mayores, Hospitales, Salud Pública, Servicios de Urgencia, Sistema de Salud
TÍTULO DEL TRABAJO	REACCIÓN PARADOJAL POR BENZODIACEPINAS: A PROPÓSITO DE UN CASO
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	G) Neurología
AUTOR	Garrido Carrasco Javiera (1)

CO-AUTORES	Valderrama Maturana María (2)
AFILIACIÓN	(1)Médico General de Zona, CESFAM Dr. Alfonso Parra Carriel, San Ignacio. (2)Médico General de Zona, Hospital de Molina, Molina.
INTRODUCCIÓN	Los trastornos del sueño son una patología frecuente en la tercera edad, hasta un 40% de los pacientes mayores de 60 años experimentan insomnio. Dentro de los fármacos más utilizados para su manejo encontramos las benzodiacepinas (BZD), en estudios latinoamericanos su uso varía entre el 21,7% y el 49,5% en pacientes adultos mayores. Los pacientes con demencia presentan generalmente trastornos del sueño y es frecuente utilizar BZD en ellos, pero su uso está asociado a una serie de efectos secundarios, de los cuales los más conocidos son las alteraciones de memoria, trastornos del ánimo y aumento del riesgo de caídas, pero de manera ocasional se pueden asociar a un efecto paradójico estimulante, desinhibitorio, y agresivo. La idea es saber identificar la aparición de estos problemas a tiempo.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta el caso de J.C.V., paciente masculino de 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, y trastorno de ansiedad. Consulta junto a su esposa por trastorno del sueño a pesar del uso de Clonazepam 0,5 mg mañana y 1 mg noche, médico tratante prescribe aumento a 2 mg por noche y medidas de higiene del sueño. A las 3 semanas vuelven a consultar por exacerbación de los síntomas, hipersomnia diurna a pesar de estimulación constante, insomnio de conciliación y mantención, mayor desorientación, alucinaciones auditivas y agresividad. Fue presentado a psiquiatra se sospecha reacción paradójica a Clonazepam, se decide retiro progresivo y traslape con Quetiapina, obteniendo buena respuesta.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Las benzodiacepinas se prescriben de manera frecuente en pacientes adultos mayores, pero hace tiempo dejaron de ser la primera línea para manejo de patologías como trastornos del sueño. Los médicos que prescriben deben tener en consideración la aparición de efectos menos conocidos tales como sus efectos paradójicos, e idealmente preferir manejo no farmacológico asociado o no a fármacos más seguros.
PALABRAS CLAVE	Benzodiacepinas, Trastorno del sueño, Agitación psicomotora
TÍTULO DEL TRABAJO	Parkinsonismo inducido por Quetiapina a dosis baja, reporte de un caso:
CLASE	Caso clínico (cc)

CATEGORÍA	G) Neurología
AUTOR	Garrido Carrasco Javiera (1)
CO-AUTORES	Valderrama Maturana María (2)
AFILIACIÓN	(1)Médico General de Zona, CESFAM Dr. Alfonso Parra Carriel, San Ignacio. (2)Médico General de Zona, Hospital de Molina, Molina.
INTRODUCCIÓN	El parkinsonismo inducido por fármacos (PIF) es la segunda causa más común de parkinsonismo después de la enfermedad de Parkinson idiopática (EPI). Es un cuadro parkinsoniano con los signos clásicos de temblor, rigidez, bradicinesia y alteración de los reflejos posturales, reportado inicialmente como complicación de los neurolépticos, actualmente reconocido como complicación de antidepresivos, antagonistas de canales de calcio, procinéticos gastrointestinales y otros compuestos. A pesar de ser un problema de salud frecuente en ciertos grupos etarios, habitualmente suele ser pasado por alto en la consulta médica.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de sexo femenino, 78 años, inicia controles por Trastorno de ansiedad. Dentro de cuadro clínico destaca insomnio, por lo que se inicia tratamiento con Sertralina 50 mg 1 comprimido al día y Quetiapina 25 mg 1 comprimido en la noche. Paciente asiste a control al mes de tratamiento, donde se pesquisa temblor de reposo en extremidades, temblor cefálico, bradicinesia y rigidez muscular. Paciente es evaluada por neurólogo, se sospecha parkinsonismo secundario y se decide suspender tratamiento farmacológico, tras lo cual paciente evoluciona con remisión de síntomas.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Los fármacos que pueden causar PIF son ampliamente utilizados en la práctica médica. Se pueden clasificar en alto, intermedio y bajo riesgo. Fármacos de alto riesgo son los neurolépticos convencionales y algunos neurolépticos atípicos, fármacos de bajo riesgo son los antidepresivos del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Los médicos que prescriban fármacos con riesgo potencial deben estar atentos a la aparición de PIF, en especial en pacientes geriátricos, pacientes con tratamientos farmacológicos múltiples y aquellos con factores de riesgo genético para EPI. La suspensión del fármaco causante es el tratamiento principal. No hay evidencia que respalde el uso de anticolinérgicos o levodopa como tratamiento de PIF.
PALABRAS CLAVE	Parkinsonismo, Temblor, Neurolépticos

TÍTULO DEL PRIMER EPISODIO DE MANÍA A LOS 61 AÑOS, REPORTE DE UN CASO: TRABAJO

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA H) Psiquiatría

AUTOR Garrido Carrasco Javiera (1)

CO-AUTORES

AFILIACIÓN (1)Médico General de Zona, CESFAM Dr. Alfonso Parra Carriel, San Ignacio.

INTRODUCCIÓN El trastorno bipolar es una enfermedad mental crónica con alto costo para la salud pública y personal. La mayoría de los pacientes con trastorno bipolar presentan un inicio antes de la quinta década de vida. Sin embargo, un número significativo de pacientes presenta la enfermedad después de los 50 años, comúnmente conocido como trastorno bipolar de inicio tardío.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina, 61 años, iniciales M.J.O, con antecedente de episodio depresivo diagnosticado por psiquiatra el 2022. Ingres a controles en consultorio manteniéndose en tratamiento con Paroxetina 20 mg, Zolpidem y Clonazepam. Sin trastornos del ánimo previo al 2022. Acude a consultar espontáneamente, debido a cuadro de 2 semanas de insomnio, verborrea, y gastos económicos exagerados, además de 3 días de ideas delirantes de persecución y megalomaniacas. Es derivada a nivel secundario, siendo hospitalizada; se inicia tratamiento con Olanzapina y Lamotrigina, con buena respuesta, hasta la fecha. Destaca antecedente de hijo de 32 años, con diagnóstico de psicosis persistente por uso de mezcalina, usuario de Clozapina y en controles con psiquiatra desde el año 2016.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El trastorno bipolar es una de las afecciones con mayor probabilidad de ser hereditaria. Los estudios sitúan la tasa de concordancia entre gemelos en un 50-60%. Krauthammer y Klerman describieron el concepto de manía secundaria a finales de la década de 1970. Sugirieron que la manía secundaria, podría caracterizarse por un inicio tardío y antecedentes familiares negativos. Nuestra paciente tuvo un inicio tardío, pero existían fuertes antecedentes familiares. El diagnóstico del trastorno bipolar de inicio tardío requiere una evaluación meticulosa de todas las posibles causas secundarias. Esto puede ser difícil, debido a las numerosas causas orgánicas, como el uso concomitante de fármacos, infecciones, trastornos metabólicos, neoplasias, toxinas e infartos. Una evaluación exhaustiva para

descartar cada una de las causas secundarias sigue siendo fundamental para el diagnóstico.

PALABRAS CLAVE	Trastorno bipolar, Manía, Delusiones
TÍTULO DEL TRABAJO	CÁNCER PULMONAR EN PACIENTE JOVEN. IMPORTANCIA DE LO CLÁSICO EN LO ATÍPICO PARA EVALUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Oncología)
AUTOR	Moya Díaz María (1)
CO-AUTORES	Chacano Muñoz Rodrigo (1), Toutin Espinoza Juan (1)
AFILIACIÓN	1) Médico General de Zona, CESFAM Canela, Canela.
INTRODUCCIÓN	El cáncer pulmonar (CP), es mundialmente responsable de más de 90.000 muertes anuales. En Chile, ocupa el quinto lugar en incidencia, pero es el que mayor cantidad de muertes reporta. En los últimos años, las modalidades diagnósticas y de manejo del CP han avanzado ampliamente, siendo actualmente clave el estudio inmunohistoquímico y genético; sin embargo, es importante recordar que es la hipótesis diagnóstica tras la evaluación del paciente lo que sustenta el estudio.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 30 años, con tabaquismo activo, índice paquete/año de 14, sin otros antecedentes destacables, consulta en urgencias por cuadro de 1 mes de cefalea, mareos, edema de extremidades inferiores (EEII); se descartó trombosis venosa y se solicita estudio complementario, con el que fue evaluado en extrasistema. Ante hallazgos de leucocitosis y dolor lumbar, se indica tratamiento antibiótico por presunto foco renal y estudio complementario con ecografía doppler de EEII, ecografía renal y abdominal. Consulta en atención primaria de salud (APS) 2 meses después, destacando al interrogatorio historia de 2 meses de cefalea, edema de EEII, asociado a sudoración nocturna, fiebre y dolor torácico. Destacan al examen adenopatías submandibulares, axilar y femoral derecha sensible. Se solicitó estudio serológico para Virus de Epstein Barr, VIH y tuberculosis, que resultan negativos, y tomografía computada (TC) de tórax, que informa presencia de masa sólida en mediastino anterior.

Luego, mediante TC por emisión de positrones y biopsia, se confirmó CP en lóbulo superior derecho ALK1 mutado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El enfrentamiento de un caso en un grupo etario joven puede desviar la atención hacia estudios focalizados en síntomas. Sin embargo, el caso demuestra que la anamnesis y examen físico son esenciales para establecer un diagnóstico sindromático que oriente, pues, pese a la innovación y desarrollo de técnicas diagnósticas, su uso debe ser sostenido por la clínica, sobre todo a nivel de APS.
PALABRAS CLAVE	Diagnóstico diferencial, Dolor en el pecho, Neoplasias pulmonares, Tabaquismo
TÍTULO DEL TRABAJO	TUMOR MALIGNO DE LA PARED TORÁCICA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC).
CATEGORÍA	Cirugía
AUTOR	Daza Valenzuela Francisca (1)
CO-AUTORES	Gil Suarez Marianny (2) Araneda Valdés Rosario (1) Mariangel Bravo Macarena (1)
AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, Hospital Mercedes de Chimbarongo, Chimbarongo (2) Médica Cirujana, Hospital Mercedes de Chimbarongo, Chimbarongo
INTRODUCCIÓN	Los tumores de la pared torácica (TPT) son poco frecuentes y representan un grupo amplio y heterogéneo de neoplasias. Pueden clasificarse como benignos o malignos, y en primarios o secundarios según su origen. Aproximadamente el 55% son malignos, con crecimiento acelerado y mayor tamaño respecto a los benignos. Su manifestación clínica más frecuente es el dolor, con o sin masa palpable. En ocasiones, un traumatismo puede dirigir la atención hacia un tumor subyacente, confundiendo con procesos inflamatorios locales.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta caso clínico con consentimiento firmado. Paciente masculino de 77 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes, quien consulta en servicio de urgencias de Hospital de Chimbarongo por un mes de aumento de volumen pectoral izquierdo, doloroso y pruriginoso. Previamente tenía múltiples consultas en

morbilidad con sospecha de picadura de insecto sobreinfectada. En el examen físico se evidencia aumento de volumen de aproximadamente 10 x 10 cm en región torácica anterior izquierda, de consistencia indurada, con calor local, coloración eritematoviolácea, y costra central de 4 x 4 cm. Ante la sospecha de una lesión neoplásica con sobreinfección agregada, se decide su hospitalización para estudio. Tomografía computarizada de tórax con contraste informa voluminosa lesión neoplásica de la pared torácica izquierda con infiltración pectoral, a descartar naturaleza sarcomatosa y adenopatías axilares izquierdas infiltrativas. Se realiza derivación a cirugía.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Los TPT primarios son poco frecuentes, representando menos del 2 % de todos los cánceres torácicos. Esta baja prevalencia los convierte en un desafío diagnóstico, ya que su detección temprana y una evaluación oportuna son fundamentales para mejorar el pronóstico del paciente, especialmente frente a lesiones de crecimiento rápido. El caso presentado enfatiza la relevancia de realizar una evaluación clínica exhaustiva ante lesiones torácicas persistentes y destaca la importancia de considerar una etiología tumoral en cuadros clínicos atípicos o de evolución prolongada.
PALABRAS CLAVE	Diagnóstico Diferencial, Neoplasia maligna, Pared torácica
TÍTULO DEL TRABAJO	CIERRE CORDAL DEFICIENTE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISNEA:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Otorrinolaringología)
AUTOR	Orellana Villarroel Nicolás (1)
CO-AUTORES	Bocaz Roldan Camila (1), Tobar Arancibia Francisco (2)
AFILIACIÓN	(1)Médico General de Zona, Hospital Juana Ross de Peñablanca, Villa Alemana (2)Médico General de Zona, CESFAM de Quilpué, Quilpué
INTRODUCCIÓN	La disnea es un motivo de consulta muy frecuente, presenta gran variedad de diagnósticos diferenciales. Se presenta caso de paciente policonsultante en urgencia, con patología de cuerdas vocales.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino 78 años, antecedente de intervención otorrinolaringológica no clara. Consulta repetidamente en urgencias por disnea asociado a disfonía. Examen físico normal. Exámenes destaca gases arteriales con acidosis respiratoria crónica compensada. Se evalúa junto a

fonoaudiología. Destaca patrón vocal soplado, importante incoordinación fonorespiratoria, mayor contracción de musculatura perilaríngea al momento de la fonación. Ecografía laríngea: cierre glótico deficiente, no logra compensar con ataque vocal duro. Se presume cierre cordal deficiente y compensación de musculatura, lo cual podría generar sensación de estenosis, acompañado de posibles microaspiraciones. Se realiza educación a paciente, se deriva a rehabilitación fonoaudiológica.

DISCUSIÓN	Y	Los desordenes de las cuerdas vocales son un grupo diverso de condiciones que pueden causar distintos síntomas, y a veces este diagnóstico se puede pasar por alto. La disfunción de las cuerdas vocales, a menudo confundida con asma, puede presentar sibilancias inspiratorias o estridor, opresión de garganta, disnea y ansiedad asociado al cierre paradójico de las cuerdas vocales durante la inspiración. Los gatillantes comunes incluyen el ejercicio, asma, reflujo gastroesofágico, infecciones de tracto respiratorio y otros irritantes. La causa quirúrgica más frecuente son las relacionadas con la tiroides, seguida por columna cervical y cardíacas. La laringoscopia directa es el “gold standar” de diagnóstico. Por otra parte, la ecografía laríngea es una técnica no invasiva para la evaluación de pacientes con riesgo de parálisis cordal. El tratamiento de primera línea incluye maniobras terapéuticas de respiración, técnicas de relajación de cuerdas vocales y tratar los gatillantes. El paciente de nuestro caso se pudo realizar el diagnóstico y la derivación oportuna a rehabilitación cordal con fonoaudiológica.
CONCLUSIONES		
PALABRAS CLAVE		Cuerdas vocales, Disfonía, Disnea.
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL	ANGIOEDEMA SIN RESPUESTA A TRATAMIENTO CONVENCIONAL: A PROPOSITO DE UN CASO DE ANGIEDEMA HEREDITARIO.
CLASE		Caso clínico (cc)
CATEGORÍA		Medicina Interna
AUTOR		Beatriz Vallejos Croquevielle (1)
CO-AUTORES		Javiera Arias Aravena (1), Paula Cabrerizo Rico (1)
AFILIACIÓN		(1) Médica EDF, Hospital de Lonquimay, Lonquimay.
INTRODUCCIÓN		El angioedema hereditario (AEH) es una enfermedad genética rara caracterizada por episodios recurrentes de edema no pruriginoso que afecta la piel, tracto gastrointestinal y vías respiratorias. Se produce por un déficit o disfunción del inhibidor C1, lo que desencadena una

activación inadecuada del del sistema de bradiquininas y consecuentemente un aumento de la permeabilidad vascular. Su prevalencia se estima en aproximadamente 1 de cada 50.000 personas, aunque puede estar subdiagnosticada debido a su presentación clínica variable.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Mujer de 43 años, sin antecedentes mórbidos, los últimos 5 años con repetidas consultas en urgencias, inicialmente por dolor abdominal cólico y diarrea, últimos episodios se añade edema de mucosa oral, lengua y cara, sin prurito ni factor gatillante evidente. Sin respuesta a antihistamínicos, corticoides ni adrenalina intramuscular (IM). Requirió de ventilación mecánica invasiva en 2 oportunidades. Por sospecha de AEH se solicitó inhibidor de C1Q que resulta 86 y C4 8.7 lo cual confirma diagnóstico. Actualmente es usuaria de inhibidor de la C1-esterasa humana, la cual ha sido utilizado en 3 oportunidades con excelentes resultados.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y El AEH debe sospecharse en pacientes con edema recurrente sin causa aparente que no responden al tratamiento de angioedema alérgico. En este caso, los síntomas gastrointestinales previos y luego edema en cara y mucosas, sin prurito ni urticaria orientan a un angioedema mediado por bradiquinina y no por histamina. Es importante para el médico general sospecharlo, plantear diagnósticos diferenciales y derivar oportunamente para la administración de plasma fresco congelado para manejo de la crisis y posterior estudio por especialista para la confirmación de la patología y así iniciar tratamiento de manera oportuna.

PALABRAS CLAVE

Angioedema hereditario, Bradiquinina, Histamina

**TÍTULO
TRABAJO**

DEL TUBERCULOSIS ABDOMINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA

Medicina Interna

AUTOR

Beatriz Vallejos Croquevielle (1)

CO-AUTORES

Javiera Arias Aravena (1), Paula Cabrerizo Rico (1)

AFILIACIÓN

1) Médica EDF Hospital de Lonquimay, Lonquimay

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa originada por el Mycobacterium Tuberculosis (MTb) que compromete principalmente el pulmón, sin embargo, en un 15-20% de los casos el compromiso es

extrapulmonar en personas inmunocompetentes. La tuberculosis con compromiso intestinal es poco común y da cuenta de un 5% del total de los casos extrapulmonares.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente femenina de 50 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de meteorismo asociado a dolor abdominal de tipo difuso de 3 meses de evolución. Por refractariedad a tratamiento sintomático, se solicita estudio imagenológico y endoscópico. Colonoscopia: Pliegue ulcerado de colon derecho, con úlceras lineales. Biopsia que informa: Mucosa colónica con proceso inflamatorio agudo y crónico granulomatoso con presencia de micobacterias. Se solicita Tomografía axial computada (TAC) de tórax sin contraste: cambios cicatriciales pulmonares biapicales, secuelas de una enfermedad granulomatosa antigua, Cambios inflamatorios de vía aérea intrapulmonar con signos sugerentes de atrapamiento aéreo. Quantiferon: mayor a 0.35. Ante diagnóstico se inicia tratamiento antituberculoso estándar (Rifampicina, isoniacida, pirazinamida, etambutol) con buena respuesta.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y La tuberculosis es una patología que en los últimos años ha aumentado su incidencia, principalmente por el aumento de la inmigración desde países con escasa vacunación y aumento de población con enfermedades crónicas con inmunodeficiencia. Si bien la TBC inmunocompetentes, por lo que es fundamental la identificación precoz de la enfermedad, ya que puede cambiar el pronóstico y disminuir la recurrencia de la patología dado la efectividad de su tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Colon, Mycobacterium tuberculosis, Tuberculosis gastrointestinal

**TÍTULO
TRABAJO**

DEL ABSCESO DE BEZOLD COMO COMPLICACIÓN DE MASTOIDITIS AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA

Especialidades (Otorrinolaringología)

AUTOR

Beatriz Vallejos Croquevielle (1)

CO-AUTORES

Javiera Arias Aravena (1), Paula Cabrerizo Rico (1)

AFILIACIÓN

1) Médica EDF Hospital de Lonquimay, Lonquimay

INTRODUCCIÓN

La otitis media aguda (OMA) es una de las infecciones más frecuentes en la infancia. Corresponde a la presencia aguda y sintomática de exudado e inflamación del oído medio. La mayoría evoluciona de

manera favorable con tratamiento médico, pero algunos progresan con complicaciones, siendo más frecuente la mastoiditis aguda, que corresponde a una inflamación e infección del proceso mastoideo del hueso temporal y en casos severos puede comprometer estructuras adyacentes. Una de las complicaciones extracraneales más graves es el absceso de Bezold que se produce cuando la infección se disemina a través del ápice mastoideo provocando un absceso cervical profundo, constituyendo una urgencia médica que requiere de intervención quirúrgica precoz

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente de 9 años que consulta por cuadro de 14 días de otalgia derecha, hipoacusia y aumento de volumen retroauricular. Examen físico: conducto auditivo externo inflamado, membrana timpánica abombada, exudado seroso y aumento de volumen de consistencia fluctuante retroauricular de 5 cm de diámetro. Analítica sanguínea: sin alteraciones. Se deriva para toma de tomografía axial computada (TAC) de oídos que informa otomastoiditis derecha. Se indica tratamiento antibiótico (ceftriaxona y metronidazol), sin éxito. Al día siguiente se solicita nuevo TAC que informa OMA y mastoiditis derecha con absceso de Bezold. Ingres a pabellón para drenaje por vía retroauricular dando salida a abundante contenido purulento, se realiza punción timpánica con salida de glue espeso e instalación de collera. Evoluciona de manera favorable, se indica alta con tratamiento antibiótico oral (amoxicilina/ácido-clavulánico) de manera ambulatoria.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y Es fundamental en la evaluación de pacientes con otitis media aguda buscar dirigidamente posibles complicaciones, realizando una acuciosa anamnesis y examen físico que permitan obtener un diagnóstico asertivo y así iniciar tratamientos de manera oportuna para evitar complicaciones graves que pueden generar secuelas irreversibles en los pacientes, sobre todo en la población pediátrica.

PALABRAS CLAVE

Absceso, Mastoiditis, Otitis media

**TÍTULO
DEL TRABAJO**

ATENCIÓN DE MORDEDURAS DE PERRO EN SERVICIO DE URGENCIA, REFLEJO DE UNA PROBLEMÁTICA SANITARIA EN CHAÑARAL:

CLASE

Trabajo de Investigación (TI)

CATEGORÍA

f) Salud Pública

AUTOR

Clément Eller Simón (1)

CO-AUTORES

Gormaz Gallardo Sabine (1), Huenumán Rojas Cynthia (1)

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Dr. Jerónimo Méndez Arancibia, Chañaral (1) Médico General de Zona, Hospital Dr. Jerónimo Méndez Arancibia, Chañaral (1) Médico General de Zona, Hospital Dr. Jerónimo Méndez Arancibia, Chañaral
INTRODUCCIÓN	Las mordeduras de perro son una causa común de consulta en los servicios de urgencia, especialmente en el norte de Chile, donde ha aumentado la población canina en situación de calle. Este fenómeno constituye un desafío sanitario con múltiples implicancias. El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Dr. Jerónimo Méndez Arancibia de Chañaral, centro asistencial de baja complejidad, que tiene por objetivo describir la frecuencia y distribución de atenciones por mordedura de perro en el Servicio de Urgencia del Hospital de Chañaral entre enero de 2023 y marzo de 2025.
MATERIALES Y MÉTODOS	Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, a partir del análisis de registros clínicos institucionales. Los datos se sistematizaron por sexo y mes de ocurrencia en planillas Excel, aplicando estadística descriptiva básica. El estudio no requirió evaluación por comité de ética, en conformidad con la normativa interna vigente.
RESULTADOS	Se contabilizaron un total de 381 consultas por mordeduras de perro, distribuidas entre 202 hombres (53 %), 129 mujeres (34 %) y 50 casos sin información de sexo (13 %). En el año 2023, se registraron 137 casos, con mayores cifras en los meses de agosto (16 casos) y septiembre/octubre (14 casos cada uno). Durante el año 2024, hubo un incremento a 185 casos, destacando los meses de marzo y noviembre con 25 casos cada uno. En los primeros tres meses de 2025, se registraron 59 casos, evidenciando una tendencia creciente.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Los resultados reflejan una tendencia creciente que requiere atención urgente desde la salud pública. El fenómeno demanda un abordaje colaborativo, con énfasis en prevención, educación comunitaria y control poblacional canino. Este estudio entrega información local relevante que puede contribuir a fortalecer políticas sanitarias ajustadas a la realidad territorial de zonas con alta presencia de animales sin dueño.
PALABRAS CLAVE	Animales salvajes, Población rural, Salud pública, Servicios médicos de urgencia
TÍTULO DEL TRABAJO	MANEJO MÉDICO DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO EN SERVICIO DE URGENCIA RURAL, PREVIO A RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	d) Cirugía (Vascular) h) Especialidades (Urgencia)
AUTOR	Navarro Rivera Tomás (1)
CO-AUTORES	Fariña Galleguillos Ricardo (1) Montero López Eduardo (1) Bernard Ramírez Sebastián (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Tongoy, Coquimbo (2) Médico Etapa de Destinación y Formación, Hospital Los Lagos, Los Lagos
INTRODUCCIÓN	El síndrome aórtico agudo (SAA), tiene presentaciones clínicas muy variadas, que comparten muchos diagnósticos diferenciales, que lo hacen difícil de diagnosticar. Tiene una incidencia anual entre 2.7 y 7.2 por 100.000 habitantes. Su pronóstico es bastante ominoso. Depende en su mayoría, del acceso a resolución quirúrgica, y del manejo adecuado de la hemodinamia. A continuación, presentaremos un caso que logró ser diagnosticado y manejado satisfactoriamente, en servicio de urgencia rural (SUR) hasta ser derivado, e intervenido quirúrgicamente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 73 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia e hipotiroidismo, consulta a SUR por cuadro de 3 horas de evolución de dolor lumbar, EVA 6/10, de carácter punzante, irradiado a abdomen, asociado a decaimiento, mareo, y diaforesis. Al examen físico destaca pálido, glasgow 15, llene capilar <2 segs, murmullo pulmonar presente, sin ruidos agregados, ritmo regular 2 tiempos sin soplos, hipotenso 67/42, bradicárdico 56, Electrocardiograma: ritmo sinusal, bloqueo AV primer grado, alteraciones inespecíficas ST en V4 y QRS. Troponinas negativas. Se manejó con 2 litros de suero fisiológico (SF) y 2 mg de morfina. Posteriormente, persiste hipotenso, y evoluciona con llene capilar 3 segundos, ingurgitación yugular, ruidos cardiacos disminuidos, masa palpable y pulsátil abdominal y soplo abdominal. Se plantea PAM objetivo de 55-60 mmHg, se posiciona en trendelenburg, y se administra adrenalina 1 cc en 9 cc de SF. Se firma consentimiento.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La presentación clínica de los SAA es inespecífica, con diferentes signos y síntomas, y su incidencia es baja. No obstante, existen hallazgos claves en la anamnesis y examen físico, que nos llevan a la sospecha clínica; por ejemplo: hipotensión refractaria, soplo abdominal, masa

pulsátil-palpable, ruidos cardíacos hipofonéticos. Es relevante que médicos en contextos rurales, puedan manejar adecuadamente pacientes hemodinámicamente inestables, con el objetivo de poder mantenerlos con vida hasta que alcancen una resolución quirúrgica.

PALABRAS CLAVE Drogas vasoactivas, Hipotensión, Síndrome aórtico agudo, Posición de trendelenburg.

TÍTULO DEL TRABAJO DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO SERONEGATIVO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina interna

AUTOR Sánchez Molina Pilar (1)

CO-AUTORES Quiroz Badilla Sofía (2)
Soto Kishino Miki (3)
Oliveira Castilho Rodrigo (4)

AFILIACIÓN (1) Médico EDF, CESFAM Renca, Santiago (2) Médico EDF, CESFAM Renca, Santiago (3) Médico EDF, CESFAM Renca, Santiago (4) Médico EDF, CESFAM Renca, Santiago

INTRODUCCIÓN El síndrome antifosfolípido (SAF) es un trastorno autoinmune caracterizado por trombosis arteriales o venosas y complicaciones obstétricas, asociado a anticuerpos antifosfolípidos. Su prevalencia es de 40-50 por 100,000 habitantes y es más frecuente en mujeres jóvenes. El diagnóstico se basa en criterios clínicos y detección de anticuerpos anticardiolipina, anticoagulante lúpico y anti-β2-glicoproteína I. Se clasifica en SAF primario y secundario; el cual se asocia en un 40% a lupus eritematoso sistémico (LES). Además, se ha descrito el SAF seronegativo, entidad infrecuente, que posee clínica compatible, pero con anticuerpos negativos, de difícil diagnóstico y elevada morbilidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO Se presenta una paciente de 50 años con antecedentes de LES y artritis reumatoide, que consulta por un cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por cambios de coloración en ortejos de pie izquierdo, asociado a dolor; que luego de 2 días inicia de la misma forma en pie derecho. Se realiza estudio vascular no invasivo que resulta compatible con enfermedad arterial oclusiva distal bilateral. Es evaluada por cirugía quienes determinan amputación infracondílea izquierda y derecha. Tras amputación, comienza con sintomatología similar en

dedos de ambas manos. Es evaluada por reumatología quien realiza estudio completo; determina LES inactivo y diagnostica SAF seronegativo considerando la ausencia de anticuerpos positivos. Se inicia tratamiento anticoagulante y antiplaquetario, con buena respuesta, deteniendo el avance de gangrena en manos, desestimando amputación previamente considerada.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El SAF seronegativo es una entidad de difícil diagnóstico y alta morbimortalidad; por lo tanto es fundamental tener un alto índice de sospecha considerando clínica compatible y antecedentes, para un diagnóstico precoz y manejo oportuno reduciendo eventos trombóticos.

PALABRAS CLAVE Anticoagulantes, Anticuerpos antifosfolípidos, Síndrome antifosfolípido, Lupus eritematoso sistémico.

TÍTULO DEL TRABAJO SALUD DIGITAL AL SERVICIO DE LA COMUNIDAD: CASO DE TELESALUD EN EL CESFAM DR. JUAN PETRINOVIC:

CLASE Trabajo de investigación

CATEGORÍA Medicina Familiar

AUTOR Álamos Silva Elisa (1)

CO-AUTORES Campos Duncker Gabriela (1), Moreno Ávila Consuelo (1)

AFILIACIÓN (1) Médica general de zona, Servicio de Salud Metropolitano Norte, CESFAM Dr. Juan Petrinovic

INTRODUCCIÓN En Chile, las barreras geográficas y las desigualdades en el acceso a salud hacen fundamental la incorporación de tecnologías en la atención sanitaria. En este contexto, el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Dr. Juan Petrinovic implementó en 2024 la plataforma Telesalud como estrategia para optimizar el uso del recurso humano, mejorar el acceso y la oportunidad de atención. Este trabajo tiene como objetivo evaluar el impacto de la implementación de Telesalud en un CESFAM y analizar los beneficios de la integración de plataformas de gestión de la demanda y atención remota.

MATERIALES Y MÉTODOS Y Análisis descriptivo de las solicitudes y atenciones realizadas a través de Telesalud entre julio 2024 y marzo 2025 en el CESFAM Dr. Juan Petrinovic.

RESULTADOS Entre julio de 2024 y marzo de 2025, se registraron 4.789 solicitudes a través de la plataforma Telesalud, dirigidas principalmente a médicos (81,8%), seguido de enfermería (5,8%) y atención dental (3,2%). Del

total de solicitudes médicas cerradas, el 53% se resolvió por contacto telefónico, el 24,2% requirió atención presencial, el 13,1% no aplicaba y el 8,7% no logró contacto con el paciente. El 92,1% se gestionó en menos de siete días, con un promedio de cierre de 1 día y 15 horas. La mayoría de los usuarios fueron mujeres (66,1%), destacando los grupos de 55 a 59 años (9,8%), 60 a 64 (9,3%) y 80 a 84 años (8,3%). Un 3,3% reportó discapacidad y un 5,5% se identificó como cuidador(a).

DISCUSIÓN CONCLUSIÓN	Y Los datos recabados evidencian que la implementación de Telesalud ha facilitado el acceso oportuno y la continuidad de la atención en usuarios de la Atención Primaria de Salud. Telesalud ha permitido resolver eficazmente una parte significativa de la demanda sin necesidad de atención presencial, optimizando los recursos del establecimiento.
PALABRAS CLAVE	Acceso universal a los servicios de salud, Calidad, acceso y evaluación de la atención de salud, Gestión de la información en salud, Telemedicina
TÍTULO TRABAJO	DEL SÍNDROME DE WILKIE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME GASTROINTESTINAL:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Astete Bórquez Carlos (1)
CO-AUTORES	Álvarez Orellana Álvaro (1), Romero Chaparro Francisco (1), Ibarra Calisto Claudia (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Familiar y Comunitario de Nacimiento, (2) Médico General, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles
INTRODUCCIÓN	El síndrome de Wilkie o síndrome de la arteria mesentérica superior es una causa poco frecuente de obstrucción del tracto digestivo superior, se caracteriza por una disminución del ángulo aorto-mesentérico que resulta en compresión de la tercera porción del duodeno que produce síntomas obstructivos altos. Esta obstrucción puede ser total o parcial, presentamos un caso que acudió a atención primaria, presentándose como una obstrucción parcial planteando un diagnóstico diferencial de gastroenteritis aguda.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 55 años consultó en el servicio de urgencias de atención primaria por un cuadro de cuatro días de evolución, caracterizado por dolor abdominal epigástrico, distensión abdominal, inapetencia, diarrea acuosa, náuseas y emesis alimentaria. Se realizaron exámenes generales, que evidenciaron una lesión renal aguda, por lo que se decidió su hospitalización. Durante la hospitalización, se consignó una pérdida de peso de diez kilogramos en el último mes y una adecuada liberación de gases. Evolucionó con emesis porracea y persistencia de síntomas, por lo que se decidió derivarla a un centro de mayor complejidad. Se le realizó un escáner, que mostró un pinzamiento aorto-mesentérico con importante dilatación gástrica. Se hospitalizó para reposo intestinal, corrección electrolítica y nutrición parenteral, con evolución favorable y alta exitosa.
DISCUSIÓN CONCLUSIONES	Y La incidencia de casos con significancia clínica y confirmación imagenológica es del 0,01 al 0,08%. Es más frecuente en mujeres, y la mayoría de los casos suelen observarse antes de los 50 años. Debido a su sintomatología inespecífica, puede pasar desapercibido clínicamente, por lo que su diagnóstico generalmente se realiza mediante estudios complementarios. Se trata de una patología poco frecuente y escasamente conocida, que requiere un diagnóstico precoz para prevenir complicaciones. Por ello, es fundamental conocer su diagnóstico diferencial dentro del síndrome gastrointestinal y mantener una alta sospecha clínica en atención primaria.
PALABRAS CLAVE	Arterias Mesentéricas, Dolor Abdominal, Obstrucción Intestinal
TÍTULO DEL TRABAJO	SIEMPRE EXAMINAR LOS PULSOS: ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA DE EXTREMIDAD SUPERIOR EN MUJER DE 31 AÑOS:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	González Born Daniel (1)
CO-AUTORES	Silva Cuello Symón (1), Koryzma Hermosilla Martina (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Dr. Augusto Essmann Burgos, Puerto Natales (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Juan Lozic Pérez, Puerto Natales.

INTRODUCCIÓN	La isquemia arterial aguda suele presentarse en hombres de edad avanzada, con antecedentes cardiovasculares y afectando principalmente extremidades inferiores. Si bien es infrecuente, tiene una alta mortalidad y siempre debe considerarse en pacientes que consultan por dolor de extremidad, en los cuales un examen físico riguroso permite sospechar rápidamente esta patología.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta el caso de una paciente de 31 años, con antecedentes de fibromialgia y episodio depresivo. Consultó por una semana de dolor en muñeca izquierda. Se diagnosticó tendinitis de De Quervain sin evaluar pulsos, y se egresó con reposo y analgesia. Reconsultó 10 días después por aumento del dolor y parestesias; presentaba frialdad, hipoestesia y paresia, pero nuevamente no se evaluaron pulsos. Se diagnosticó síndrome del túnel carpiano. Reconsultó nuevamente por palidez y cianosis. Presentaba ausencia de pulso radial, cubital y braquial. Ante sospecha de una isquemia arterial aguda se solicitó un AngioTAC que evidenció una obstrucción de la arteria axilar izquierda por material aterotrombótico. Se trasladó a centro de mayor complejidad donde se realizó una arteriografía de la extremidad superior izquierda que confirmó los hallazgos imagenológicos y se procedió con una trombolisis arterial dirigida, manteniendo posteriormente trombolisis continua, anticoagulación con heparina no fraccionada y reevaluación angiográfica cada 24 horas. Tras cinco procedimientos, se logró la reperusión completa de las arterias comprometidas, con resolución total de síntomas. Paciente firmó consentimiento para presentar su caso.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso subraya la importancia de un examen físico riguroso y de descartar diagnósticos graves en el servicio de urgencias. Si bien no presentaba factores de riesgo para una isquemia arterial aguda, sí presentaba un examen físico diagnóstico. Iniciar rápidamente anticoagulación evita que el trombo crezca extendiendo el territorio comprometido. La trombolisis arterial dirigida es un procedimiento mínimamente invasivo y, tal como se expuso en este caso, efectivo para reperfundir las arterias afectadas.
PALABRAS CLAVE	Extremidad Superior, Isquemia, Terapia Trombolítica
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE DARIER: VIVIENDO CON GENOPATÍA EN UNA ISLA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	H) Especialidades

AUTOR	Reyes Guerra Javiera (1)
CO-AUTORES	Becerra Hernández Carolina (2), Saavedra Galaz Diego (3), Reyes Guerra Manuel (4)
AFILIACIÓN	1) Médico General de Zona Posta de Salud Rural Isla Chelín, Castro. 2) Médico General de Zona Hospital de Quellón, Quellón. 3) Médico General de Zona Cesfam Dr. José Durán Trujillo, San Carlos. 4) Interno de medicina sexto año, Universidad de Chile, Santiago.
INTRODUCCIÓN	El Síndrome de Darier es una genopatía que afecta piel, mucosas y anexos cutáneos, dándole un aspecto seco y verrucoso. Tiene formas de presentación variables, focalizándose principalmente en zonas seboreicas. Su curso es fluctuante y de manejo sintomático. Dentro de los factores exacerbantes está la radiación ultravioleta y el estrés. La complicación más frecuente es la sobreinfección de las lesiones.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta el caso de un hombre de 56 años con diagnóstico de enfermedad de Darier que debutó a los 16 años, sin embargo por ser habitante de una isla con ruralidad extrema, se mantuvo sin diagnóstico hasta los 20 años. Se indicó tratamiento con acitretina oral durante 30 años remitiendo complemente sus síntomas, pero este medicamento se dejó de comercializar en el país, por lo que inició isotretinoína oral con respuesta parcial a mala, llegando a requerir hospitalizaciones y consultas de urgencia por dolor e infecciones severas. Actualmente el paciente se encuentra con lesiones generalizadas, mal olor, infecciones recurrentes y refractarias a pesar de tener controles cada 3 meses con especialista.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Existen diversos tratamientos disponibles para la Enfermedad de Darier, sin embargo en casos severos la elección de este se vuelve un desafío. El uso prolongado y frecuente de antibióticos predispone a la resistencia bacteriana. Los retinoides orales tienen toxicidad elevada. Las terapias mecánicas como la electrocirugía y láser su tasa de recidiva es alta. Los tratamientos biológicos implican un gran costo económico. Si bien esta es una enfermedad poco común, urge realizar más estudios terapéuticos para llegar a un manejo óptimo que permita la funcionalidad y mejor calidad de vida al paciente, considerando que por el momento es una patología sin cura.
PALABRAS CLAVE	Dermatosis, Enfermedad de Darier, Genética

TÍTULO TRABAJO	DEL SÍNDROME DE KAWASAKI ATÍPICO. REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía Infantil
AUTOR	Chavarría Flores Victoria (1)
CO-AUTORES	Olivares Trujillo Mirta(2), Sepúlveda Pérez Gabriel(1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Lota, Lota. (2) Médico General de Zona, Hospital San Agustín, Collipulli.
INTRODUCCIÓN	La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica que afecta principalmente a varones menores de 5 años, de etiología desconocida. Su diagnóstico es clínico, presentando fiebre prolongada con inyección conjuntival bilateral, lengua aframbuesada, exantema y/o adenopatía cervical. Quienes no reúnen los criterios se clasifican como EK incompleta y si tienen manifestaciones infrecuentes como EK atípica (10-20%).
PRESENTACIÓN DEL CASO	Lactante masculino de 6 meses valorado en urgencias por cuadro de dos días de fiebre (39.1 °C), rinorrea, y disfonía. Ingresa taquicárdico con labios agrietados y faringe eritematosa. Se diagnostica laringitis con manejo sintomático. Consulta nuevamente por secreción ocular, disnea nocturna con sibilancias audibles y fiebre persistente, destacando al examen labios descritos como secos y leucocitosis (17220), se deja manejo ambulatorio para bronquiolitis. Reconsulta tras 9 días con fiebre se sospecha de EK por hallazgos de inyección conjuntival bilateral, “boca de payaso” y exantema maculopapular en tronco, se evidencia leucocitosis (31440), PCR 159, anemia moderada y trombocitosis. Se deriva a hospital de mayor complejidad donde se hospitaliza con inmunoglobulina intravenosa (IGIV) y aspirina. Ecocardiograma: aneurisma coronario derecho (4mm), leve derrame pericárdico. Persiste febril e hipertenso, se indica IGIV, metilprednisolona, nifedipino, Quantiferon y se transfunden glóbulos rojos y albúmina. Ecocardiograma: aumento de derrame pericárdico, aneurisma en coronaria derecha (13 mm) con imagen sugerente de trombo, aneurisma en rosario en circunfleja y aneurisma en descendente anterior (4.5 mm). Posteriormente, presenta mayor disnea e hipotensión pese a uso de drogas vasoactivas, cae en paro cardiorrespiratorio y fallece.

DISCUSIÓN CONCLUSIONES	Y	El diagnóstico de EK y tratamiento precoz son fundamentales dado que es la principal causa de isquemia miocárdica pediátrica. Un 10-20% tiene una presentación atípica, requiriendo alta sospecha clínica y tratamiento oportuno para evitar complicaciones cardíacas severas como en el presente caso, tras múltiples consultas recién se sospecha pese a tener signos desde el inicio.
PALABRAS CLAVE		Aneurisma, Exantema, Vasculitis.
TÍTULO DEL TRABAJO		SÍNDROME RIÑÓN PULMÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DESAFÍO DIAGNÓSTICO:
CLASE		Caso clínico
CATEGORÍA		b) Medicina Interna
AUTOR		Araya Retamal José (1)
CO-AUTORES		Martínez Sepúlveda Juan (1), Rebolledo Castillo Johanna (1)
AFILIACIÓN		(1) Médico EDF, Hospital San Juan de Dios de Cauquenes, Cauquenes
INTRODUCCIÓN		El síndrome riñón pulmón (SRP) corresponde a una patología caracterizada por la presencia de hemorragia alveolar difusa y glomerulonefritis, cuya presentación se basa en falla respiratoria y renal, pudiendo esta última progresar incluso a necesidad de terapia de reemplazo renal (TRR), con consecuencias que pueden ser fatales si no se sospecha precozmente. Se presenta el caso de un paciente joven masculino que evoluciona con cuadro compatible a lo descrito previamente.
PRESENTACIÓN DEL CASO		Masculino de 27 años, asmático con mala adherencia a tratamiento, presenta cuadro de 3 días de clínica respiratoria alta asociado a taquipnea y deterioro clínico importante, con requerimiento de ventilación mecánica invasiva por status asmático, evolucionando durante su estadía en unidad de cuidados intensivos con hematuria, oliguria y urgencia dialítica, con buena respuesta a TRR continua. Destaca panel viral (+) Influenza A, anemia, hematuria y proteinuria. Hallazgo en scanner de tórax de infiltrados intersticiales bilaterales. Por persistencia y empeoramiento de función renal se realiza estudio autoinmune con hallazgo de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) (+), sin evidencia de hemorragia alveolar.
DISCUSIÓN CONCLUSIONES	Y	El SRP corresponde a un cuadro clínico potencialmente mortal, la alta sospecha es sus etapas iniciales es crucial para evitar complicaciones futuras. La hemoptisis puede estar ausente hasta en un tercio de los

casos, predominando la presencia prodrómica de sintomatología viral. El caso particular de este paciente impresiona una vasculitis asociada a ANCA, donde hasta el 85% de los pacientes puede lograr remisión, destacando a la fecha respuesta parcial a la terapia corticoidal, con necesidad de TRR por falta de depuración como hallazgo de laboratorio.

PALABRAS CLAVE Vasculitis Asociada a Anticuerpos Citoplasmáticos Antineutrófilos, Unidades de Cuidados Intensivos, Terapia de Reemplazo Renal

TÍTULO DEL TRABAJO DEL DIAGNÓSTICO TARDÍO DE RINOSINUSITIS ALÉRGICA FÚNGICA NO INVASORA, LECCIONES DE UN CASO CLÍNICO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA H) ESPECIALIDADES (OTORRINOLARINGOLOGÍA)

AUTOR Cortés López Belén (1)

CO-AUTORES Sotomayor Barros Arturo (1), Cabrera Troncoso Benjamín (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital Familiar y Comunitario de Vilcún, Vilcún

INTRODUCCIÓN La rinosinusitis alérgica fúngica (AFRS) es un subtipo de rinosinusitis crónica (RSC), que comprende el 5-10% de las RSC. Corresponde al resultado de una inflamación alérgica crónica contra los hongos colonizadores de los senos en individuos inmunocompetentes. Clínicamente comprende cuatro síntomas principales: descarga nasal anterior o posterior, dolor facial o cefalea, hipo o anosmia y obstrucción nasal. El diagnóstico se establece con los síntomas, asociado a hallazgos imagenológicos de bola fúngica, presencia de mucina inmunocompetencia.

AFRS tiene un impacto considerable en la calidad de vida, reflejándose en un deterioro de la salud física y general, así como en una reducción del funcionamiento social, alcanzando niveles comparables a los observados en enfermedades crónicas cardiorrespiratorias. Por ello, resulta crucial un diagnóstico precoz para limitar el deterioro funcional.

PRESENTACIÓN DEL CASO Masculino 17 años, consulta por cuadro clínico de un año de evolución caracterizado por cefalea frontal opresiva diaria, asociada a congestión nasal.

Se realizaron intentos de manejo sintomático con analgésicos dirigidos a la cefalea, sin obtener respuesta favorable, motivo por el cual se

decidió ampliar estudio mediante imagenología. Tomografía computarizada de cráneo evidenció signos compatibles con sinusitis crónica maxilar izquierda, con componente fúngico asociado. Se complementa estudio con exámenes de laboratorio, que permitieron descartar inmunosupresión. En base a los hallazgos clínicos, imagenológicos y de laboratorio, se estableció la presunción diagnóstica de AFRS, iniciándose el manejo correspondiente y derivándose al paciente a otorrinolaringología. Presenta una evolución favorable, con mejoría clínica significativa y notable impacto positivo en su calidad de vida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	AFRS es una patología de presentación relativamente frecuente, que puede generar un impacto en la calidad de vida, afectando tanto su bienestar físico como su funcionamiento social. En este contexto, resulta fundamental mantener un alto índice de sospecha diagnóstica para su identificación oportuna y manejo adecuado.		
PALABRAS CLAVE	Cefalea. Rinosinusitis. Sinusitis Fúngica Alérgica		
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE CHARLES BONNET: UN CUADRO INFRADIAGNOSTICADO POR LOS MÉDICOS:		
CLASE	Caso Clínico (CC)		
CATEGORÍA	g) Neurología		
AUTOR	Cárdenas Bahamonde Javiera (1)		
CO-AUTORES	Garrido	Tapia	Sebastián (2)
	Oyarzun	Alvarado	Fernanda (3)
	Triviño Borja Florencia (4)		
AFILIACIÓN	(1) Médica Artículo 9, CESFAM de Quellón, Quellón (2) Médico General de Zona, CESFAM de Quellón, Quellón (3) Médica General de Zona, CESFAM de Quellón, Quellón (4) Médica General de Zona, CESFAM de Quellón, Quellón		

INTRODUCCIÓN El síndrome de Charles Bonnet (SCB) es un cuadro clínico caracterizado por alucinaciones visuales, que suelen ser complejas y estructuradas, en pacientes con estado cognitivo conservado, en ausencia de trastornos psiquiátricos, que presentan pérdida parcial o total de agudeza visual. La prevalencia del SCB es más común de lo que generalmente se cree, de 11% a 13% en personas con pérdida visual

parcial y de 1% a 2% en la población geriátrica, pero sigue siendo poco conocido y frecuentemente mal diagnosticado.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente masculino de 78 años, con pérdida de la agudeza visual, presentó cuadro de 3 meses de evolución progresivo, que se intensificó ante situaciones de estrés, caracterizado por presencia de alucinaciones de figuras humanas y diversos animales (como perros, gatos, ratones, ovejas, entre otros). En primera instancia se sospechó de Demencia y se temporoespacial y autopsíquica normal. Se aplicó Test RUDAS (Rowland Universal Dementia Assessment Scale) el cual dió un total de 21 puntos, siendo indicador de posible demencia. No obstante, es pertinente destacar que dicha aplicación se encuentra sesgada, pues el usuario es no vidente y no se pudieron aplicar el ítem de praxias, ni el de construcción visoespacial, restando un puntaje considerable al screening. Exámenes de laboratorio normales. Paciente se derivó a Neurología quien confirmó el diagnóstico.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y Si bien es un cuadro poco frecuente en la población general, hay que tenerlo presente como diagnóstico diferencial en pacientes con pérdida de la agudeza visual y alucinaciones, ya que puede ser confundido con delirium, demencia, intoxicación por fármacos o psicosis, y por ende indicar un tratamiento no adecuado. La educación y la sensibilización sobre este síndrome pueden contribuir significativamente a mejorar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes afectados, evitando así el estigma y las intervenciones innecesarias asociadas con diagnósticos erróneos.

PALABRAS CLAVE

Alucinaciones, Pérdida de la agudeza visual, Síndrome de Charles Bonnet

**TÍTULO
TRABAJO**

DEL SÍNDROME DE CHILADITI: UNA CAUSA DE ERROR DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA.

CLASE

Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA

b) Medicina Interna

AUTOR

Campos Robledano Manuel (1)

CO-AUTORES	Arce	Segura	Nancy	(2)
	Lagos	Cavagnaro	Benjamin	(1)
	Donoso Echeverría Luz María (3)			

AFILIACIÓN

(1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Hualqui, Hualqui.
 (2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar San Pedro de la Costa, San Pedro.
 (3) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Chilaiditi corresponde a la transposición de un asa intestinal entre el diafragma y el hígado, usualmente generando síntomas gastrointestinales como dolor abdominal, estreñimiento y agitación. Este dolor puede generar en ocasiones alzas en la presión arterial, si es que es muy intenso, llevando potencialmente al diagnóstico erróneo de hipertensión arterial refractaria (HTAr), como se expone a continuación.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 92 años, antecedentes personales de Síndrome de Chilaiditi e hipertensión arterial. En tratamiento con olmesartan, amlodipino, carvedilol, furosemida, lansoprazol. Se encontraba con buena adherencia terapéutica. Consultó por registros persistentes de cifras elevadas de presión arterial obtenidas en domicilio durante varios meses, a pesar de tratamiento óptimo. Se solicitó monitoreo de presión arterial de 24 horas (MAPA) que informó presiones dentro del valor normal. Al indagar historia clínica, se evidenciaron episodios de dolor abdominal recurrentes secundarios a síndrome de chilaiditi, sin respuesta favorable al tratamiento médico y sin ser candidata a cirugía. Se observó una correlación temporal entre los episodios de dolor abdominal y los registros elevados de presión arterial en domicilio, lo que sugiere relación causa-efecto. Se solicitó ecocardiograma para evidenciar posibles repercusiones orgánicas que informó leve dilatación auricular izquierda, leve remodelamiento concéntrico ventricular izquierda y signos de disfunción diastólica tipo I concordante con avance de enfermedad. Usaria firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La paciente del caso tiene 92 años, con mala tolerancia al dolor, lo que de forma reactiva genera un alza de la presión arterial ante las crisis. Esto la ha llevado a polifarmacia, generando riesgos tanto en su función renal como en su adherencia. Alcanzó un tratamiento antihipertensivo avanzado. En vista de esto, se intentará un descenso en su escalón de

tratamiento según respuesta a una analgesia más optimizada, lo cual se realizará progresivamente en CESFAM.

PALABRAS CLAVE Dolor abdominal, Hipertensión, Síndrome de Chilaidditi.

TÍTULO DEL TRABAJO SÍNDROME DE HELLP EN ADOLESCENTE:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA e) Ginecología y Obstetricia

AUTOR Pérez Sorett Celsa (1)

CO-AUTORES Aguilar Pereira Alejandro (2), Ardiles Pizarro Julianna (2), Barahona Muñoz Janett (2)

AFILIACIÓN (1) Ginecólogo-obstetra, Hospital Dr. Humberto Elorza Cortés, Illapel.
(2) Interno de Medicina, Universidad del Alba, La Serena.

INTRODUCCIÓN El síndrome de HELLP (Hemólisis: bilirrubina total, LDH y GOT elevados, esquistocitos en frotis, anemia; elevación de enzimas hepáticas: transaminasas >70 UI/L o dos veces su valor; plaquetas bajas: <100.000/L), es una forma grave del Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE), manifestada por hipertensión arterial, proteinuria, epigastralgia, vómitos, cefalea y malestar generalizado. La adolescencia constituye un factor de riesgo para preeclampsia severa (Síndrome de HELLP y eclampsia) e ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos, causando elevada mortalidad. Se presenta caso de gestante adolescente afectada por SHE severo.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente primigesta de 15 años, sin antecedentes mórbidos, cursando embarazo controlado de 36+3 semanas, inició cuadro de náuseas, vómitos biliosos y cefalea, sin tinnitus, fotopsias o epigastralgia. Ingresó con presión arterial (PA), examen físico y laboratorios normales, mas progresó con crisis hipertensiva. Recibió labetalol EV 20 mg c/20 minutos con buena respuesta y sulfato de magnesio (5 grs EV carga, luego 1 g/hora) como profilaxis convulsiva. Fue hospitalizada por SHE, con proteinuria de 5.14 grs/24 horas. Al cumplir 37 semanas, se interrumpió embarazo con inducción. Durante el puerperio normalizó PA, empero presentó alza de enzimas hepáticas y LDH con anemia severa. Se trasladó a Unidad de Tratamientos Intermedios donde recibió transfusión. Tras estabilización con disminución de

enzimas hepáticas se derivó a Maternidad, permaneció dos días y fue dada de alta con tratamiento antihipertensivo oral.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El embarazo adolescente se asocia con diversos factores de riesgo, como falta de madurez fisiológica y deficiencias nutricionales, tal como el caso presentado. Es necesario un enfoque integral en la prevención y manejo de la preeclampsia en este grupo e implementación de intervenciones que faciliten el acceso a cuidados prenatales. Adicionalmente, resulta relevante reforzar la educación sexual para evitar embarazos a edades tempranas, y así, los peligros y complicaciones que ello implica.

PALABRAS CLAVE Embarazo adolescente, Síndrome hipertensivo del embarazo, Síndrome de HELLP.

TÍTULO DEL TRABAJO DEL SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO: LA IMPORTANCIA DE AJUSTAR CRITERIOSAMENTE LA DOSIS DE FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS. A PROPOSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA h) Especialidades (Psiquiatría)

AUTOR Toutin Espinoza Juan (1)

CO-AUTORES Chacano Muñoz Rodrigo (1), Moya Díaz María (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Canela, Canela

INTRODUCCIÓN El Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM) es una complicación que pueden experimentar pacientes que usan fármacos antipsicóticos (AP) y se caracteriza por sintomatología extrapiramidal (temblor, sialorrea, rigidez generalizada que puede llevar a rabdomiolisis y falla renal) y neurovegetativa (fiebre, sudoración, entre otros). Por otro lado, los exámenes hipertransaminasemia y falla renal. Se desarrolla las primeras horas posterior a iniciar o ajustar dosis de AP. El siguiente trabajo tiene por objetivo exponer una complicación poco frecuente pero potencialmente mortal que puede enfrentar el médico del servicio de urgencias de atención primaria (SAPU).

PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 22 años, antecedente de esquizofrenia, traído por familiares al SAPU tras presentar cefalea intensa, rotación cervical, retroversión ocular y fiebre. Al examen físico destaca hipertermia, midriasis y rigidez generalizada. Se indica volemisación intravenosa y manejo sintomático inicial. Al interrogatorio, familiar agrega antecedente de control el día anterior con psiquiatra, quien indica suspender Quetiapina 300 mg al día e iniciar Haloperidol 5 mg cada 8 horas, evolucionando con la sintomatología descrita cerca de 4 horas luego de concretar dicho ajuste farmacológico. Se deriva a hospital de baja complejidad donde ingresa taquicárdico y con elevación de cifras tensionales; se continúa manejo sintomático. En exámenes de laboratorio se objetiva leucocitosis con neutrofilia y elevación de Creatinquinasa Total 4 veces sobre valor normal, por lo que se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos de hospital de mediana complejidad de la red.		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Es fundamental reconocer y sospechar un SNM para realizar una derivación oportuna a una unidad que permita monitorización hemodinámica y otorgar tratamiento de soporte (antipiréticos, relajantes musculares, beta bloqueo, antihipertensivos endovenosos según necesidad). Para prevenirlo, el inicio y ajuste de dosis de AP deben ser graduales y con seguimiento de reacciones adversas dentro de los primeros días luego de la indicación.		
PALABRAS CLAVE	Antipsicóticos, Efectos colaterales y reacciones adversas relacionados con medicamentos, Estimulantes del sistema nervioso central, Fumarato de quetiapina, Haloperidol, Rabdomiólisis, Síndrome neuroléptico maligno.		
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL SÍNDROME SEROTONINÉRGICO SECUNDARIO A INTENTO SUICIDA, A PROPÓSITO DE UN CASO:		
CLASE	Caso clínico (CC)		
CATEGORÍA	h) Especialidades (psiquiatría)		
AUTOR	Milling Henríquez, Camila (1)		
CO-AUTORES	Riquelme	Parra,	Felipe (1)
	Del Río Roa, Joaquin (2)		
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital Río Bueno, Río Bueno (2) Médico integral, Hospital Río Bueno, Río Bueno		

INTRODUCCIÓN	El síndrome serotoninérgico (SS) es una afección grave caracterizada por mayor actividad serotoninérgica en el sistema nervioso central, manifestado por cambios del estado mental, hiperactividad autónoma y anomalías neuromusculares. Puede ocurrir como efecto adverso a medicamentos, interacciones medicamentosas e intentos autolíticos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos más comúnmente asociados. Se presenta el siguiente caso con el objetivo de lograr su detección temprana y enfatizar el manejo dado su gravedad.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Usuario masculino de 29 años con antecedente de esquizofrenia, en tratamiento con clonazepam, aripiprazol y sertralina. Con historia de un mes de exacerbación de alucinaciones auditivas, ánimo bajo y autolesiones. Como intento suicida ingirió 20 comprimidos de sertralina de 50 mg, al día siguiente inició con agitación, desorientación, vómitos y diarrea. Ingresó a urgencias hipertenso 152/88, taquicárdico 128 lpm y en Glasgow 10. Se realizaron medidas de soporte y se hospitalizó en Unidad de Paciente Crítico con sospecha de SS. Evolucionó con temperatura sobre 39°, rigidez muscular, hiperreflexia y mioclonías, con creatinquinasa 1321 U/l e hiperkalemia 5.6 mg/dl, confirmando diagnóstico. Se decidió manejo con medidas físicas, sedoanalgesia, intubación y ciproheptadina con mejoría clínica progresiva.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El SS es uno de los efectos adversos más graves de los ISRS, presentándose dentro de las primeras 24 horas posterior a la ingesta. El tratamiento incluye interrupción inmediata de serotoninérgicos, cuidados de soporte, monitorización continua, manejo sintomático con benzodiacepinas, control de hipertermia con medidas físicas y en casos más severos sedación, relajación muscular, intubación y antagonistas de serotonina. Al ser una condición potencialmente mortal es importante considerarla en pacientes con clínica sugerente y antecedente de uso de serotoninérgicos, siempre teniendo en cuenta interacciones farmacológicas y diagnósticos diferenciales.
PALABRAS CLAVE	"Intento autolítico", "Inhibidores de la recaptación de serotonina" "Síndrome serotoninérgico".
TÍTULO DEL TRABAJO	STAPHYLOCOCCUS AUREUS COMO MICROORGANISMO CAUSANTE DE PIELONEFRITIS AGUDA, NO OLVIDAR LA ENFERMEDAD INVASORA:

CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Ramírez Carbonell Sebastián (1)
CO-AUTORES	Aguilera Jaque Roberto (1) Ihl Herbach Claudia (1) Cruz Arzola Fernanda (2)
AFILIACIÓN	(1) Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes (2) Cesfam Los Volcanes, Chillán
INTRODUCCIÓN	El reconocimiento precoz de la estafilococemia y la enfermedad invasora disminuye la mortalidad y morbilidad de esta grave patología. A continuación, se presenta un caso para ejemplificar la importancia de considerar a la bacteremia por <i>Staphylococcus Aureus</i> como una patología por sí sola a pesar de que derive de una enfermedad primaria
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino, 77 años, con hipertensión e hiperplasia prostática benigna, consulta por 3 días de síndrome confusional, sin fiebre ni síntomas de otros sistemas. Al examinar: sin hallazgos específicos, ingresa con uso de oxígeno por naricera y presión arterial 93/58. Exámenes: Parámetros inflamatorios elevados con falla renal aguda KDIGO III, además examen de orina inflamatoria y radiografía de tórax sin lesiones. Se hospitaliza como Sepsis de foco urinario, con ceftriaxona. Al 2do día Urocultivo y Hemocultivo (+) para <i>Staphylococcus Aureus</i> meticilino susceptible, se inicia cloxacilina desarrollando rush, se cambia a cefazolina con normalización al día 10 en parámetros inflamatorios y función renal, se mantiene afebril, sin oxígeno, pero con desorientación. El mismo día el equipo de optimización antibiótica (PROA) por Estafilococemia solicita: hemocultivos de control (-), Tomografía de cerebro: que muestra lesión focal hipodensa parietal izquierda que podría ser isquémico, y realce nodular occipital izquierdo inespecífico, Tomografía de Abdomen y pelvis: nefritis derecha y lesión focal hipodensa en bazo de 13 mm; Ecocardiograma: vegetación en válvula mitral, base de velo posterior cara ventricular de 1 x 0,3 cm. Al confirmar endocarditis y enfermedad estafilocócica metastásica se traslada a hospital de referencia.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Y Si bien <i>Staphylococcus Aureus</i> está descrito en el 0,2- 4 % de los urocultivos, entre 8-27% de estos se presenta bacteriemia asociada. La presencia de esta debe iniciar el descarte de complicaciones y evitar

que solo se trate la causa primaria de infección.El equipo PROA fue fundamental en este caso para guiar al equipo.

PALABRAS CLAVE Bacteremia, Pielonefritis, Staphylococcus Aureus,

TÍTULO DEL TRABAJO SÍNDROME DE GANSER: REPORTE DE CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA h) Especialidades (Psiquiatría)

AUTOR Garrido Tapia Sebastián (1)

CO-AUTORES Cárdenas Bahamonde Javiera (2)
Oyarzun Alvarado Fernanda (3)
Triviño Borja Florencia (4)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM de Quellón, Quellón. (2) Médica artículo 9, CESFAM de Quellón, Quellón. (3) Médica General de Zona, CESFAM de Quellón, Quellón. (4) Médica General de Zona, CESFAM de Quellón, Quellón.

INTRODUCCIÓN El síndrome de Ganser es un trastorno psiquiátrico extremadamente raro, vinculado a situaciones de alto estrés como el encierro. Se caracteriza por respuestas incorrectas pero lógicamente cercanas (Vorbeireden), junto con confusión, amnesia, síntomas disociativos y posibles alucinaciones. Fue excluido en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, por lo que se decide tomar el caso como muestra de invisibilización de los trastornos raros cuando son excluidos de los manuales diagnósticos.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina de 32 años que consultó en urgencias por cuadro de 3 semanas de evolución de confusión, lenguaje incoherente y conductas extrañas. Durante la entrevista se encontraba parcialmente orientada y emitía respuestas inexactas con lógica aparente, como decir que una semana tiene “diez días”, con fluctuaciones en el nivel de alerta, episodios breves de mutismo, lenguaje desorganizado y conductas inusuales como aplaudir sin razón, sin signos de psicosis estructurada. Estudios neurológicos y toxicológicos normales. Durante la observación presentó momentos de lucidez, sugiriendo un componente disociativo. Es evaluada por el equipo de Psiquiatría, quienes diagnostican probable Síndrome de Ganser, iniciando

tratamiento con Risperidona y Paroxetina con remisión progresiva de los síntomas a las 2 semanas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El síndrome de Ganser muestra cómo los trastornos psiquiátricos de baja prevalencia suelen ser invisibilizados, especialmente cuando se excluyen de manuales como el DSM-V. Esta omisión reduce el interés clínico y limita la formación profesional, como si su ausencia implicara su desaparición. La falta de visibilidad de estos trastornos afecta la atención psiquiátrica, dejando de lado cuadros menos frecuentes pero clínicamente relevantes. Visibilizar estos síndromes es esencial para garantizar una atención integral a los pacientes.

PALABRAS CLAVE Amnesia, Psiquiatría, Síndrome de Ganser.

TÍTULO DEL TRABAJO DEL SÍNDROME DE PROTEUS, RECONOCIENDO UNA ENFERMEDAD RARA:

CLASE b) Medicina interna

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Alvear Violic Matías (1)

CO-AUTORES Palomino Castro Michelle Carolina (1)
Aravena Traipi Laura Soledad (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Paipote, Copiapó
(2) Estudiante de Medicina, Universidad de Atacama, Copiapó

INTRODUCCIÓN El Síndrome de Proteus es una enfermedad rara, de prevalencia <1/1.000.000, caracterizada por el crecimiento progresivo y asimétrico de segmentos corporales, sea hueso, tejido adiposo, muscular o conectivo. El tratamiento debe ser multidisciplinario, involucrando cirugía, fisioterapia y terapia ocupacional, además de considerar tamizaje por mayor riesgo de tumores malignos, por lo que el reconocimiento precoz lleva a mejor pronóstico en cuanto calidad de vida y supervivencia. Se presenta el siguiente caso con el objetivo de concientizar sobre esta enfermedad rara y fomentar la pesquisa precoz de nuevos casos.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Mujer de 30 años con diagnóstico previo de Síndrome de Proteus realizado extrasistema el 2010, anemia no especificada leve e hipotiroidismo primario, en tratamiento con Levotiroxina 200 microgramos/día y Sulfato Ferroso 200 miligramos/día. Se pesquiza que no ha tenido controles por especialidad desde el diagnóstico del cuadro, persistiendo con mal control de hipotiroidismo y anemia, progresiva limitación funcional dada elefantiasis de extremidad inferior derecha con gran alteración de la anatomía del pie, además de metrorragia abundante. Considerando el contexto de privación económica, no se pueden solicitar exámenes necesarios para el control del caso a nivel de atención primaria, por lo que se solicita derivación a Cirugía para evaluación de extremidades, Endocrinología para estudio de hipotiroidismo refractario. Usuaría da consentimiento para presentación del caso.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y Al ser una enfermedad rara, el Síndrome de Proteus es un cuadro que no se enseña generalmente durante la escuela de medicina. En caso de consulta de una persona con crecimiento asimétrico de segmentos corporales, debe mantenerse esta entidad dentro de la sospecha diagnóstica, para así derivar precozmente a atención especializada. En el caso planteado, se enfatizó la educación a la usuaria y familiar acompañante, considerando la necesidad de controles seriados para detección precoz de tumores malignos, la asistencia a controles con especialidad en caso de requerir intervenciones quirúrgicas, y se ofreció apoyo psicológico considerando las limitaciones funcionales derivadas del caso.

PALABRAS CLAVE

Genética, Gigantismo, Síndrome de Proteo

**TÍTULO
TRABAJO**

DEL SÍFILIS SECUNDARIA: LA GRAN IMITADORA REAPARECE EN LA CONSULTA DIARIA:

CLASE

Caso clínico (cc)

CATEGORÍA

h) Especialidades: Infectología, Dermatología

AUTOR

Leiva Huerta Christian Nicolás (1)

CO-AUTORES

Valenzuela Mena Natalia Yolanda (2)

AFILIACIÓN

(1) Médico General de Zona, Centro de atención Familiar La Florida, La Florida

(2) Médica General, Centro Médico y Dental RedSalud Alameda, Santiago

INTRODUCCIÓN	La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por <i>Treponema pallidum</i> , conocida como “la gran imitadora” por su capacidad para simular diversas enfermedades. Su incidencia ha aumentado sostenidamente en los últimos años, afectando también a personas mayores y mujeres, lo que representa un desafío emergente en salud pública (1). En atención primaria de salud, el reconocimiento oportuno de presentaciones dermatológicas aisladas es clave para el diagnóstico precoz y la prevención de la transmisión comunitaria (2).
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 80 años asistió a control rutinario cardiovascular en un centro de salud familiar. Durante la entrevista refirió una lesión cutánea en la pierna derecha, de tres semanas de evolución, inicialmente pequeña y con crecimiento progresivo. Al examen físico se observó en cara posterior de pierna derecha una placa eritematosa, ovalada, bien delimitada, infiltrada y con descamación superficial. Negó síntomas sistémicos. Ante el hallazgo, se realizó anamnesis dirigida, constatándose antecedentes de relaciones sexuales sin uso de preservativo aproximadamente dos meses antes de la consulta. Se solicitaron estudios serológicos, con resultado VDRL reactivo en título 1:32, confirmado con FTA-ABS positivo. Con base en los hallazgos clínicos, la cronología del contacto y los exámenes complementarios, se concluyó el diagnóstico de sífilis secundaria. Se indicó tratamiento con penicilina benzatina. La paciente otorgó consentimiento informado para la publicación del caso clínico.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La sífilis ha mostrado un aumento sostenido en su incidencia global, afectando cada vez más a personas mayores y mujeres (1,3). Su presentación dermatológica, particularmente en sífilis secundaria, puede manifestarse sin síntomas sistémicos, dificultando el diagnóstico. Hasta un 25% de los casos puede presentarse con lesiones cutáneas como única manifestación (2). Este caso destaca la importancia de mantener una mirada diagnóstica amplia desde atención primaria de salud, reconociendo formas clínicas no convencionales que permitan una intervención precoz y efectiva.
PALABRAS CLAVE	Atención Primaria de Salud, Dermatitis, Sífilis.

TÍTULO TRABAJO	DEL SÍNDROME DE CHARLES BONNET COMO CAUSA DE ALUCINACIONES, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	CASO CLÍNICO (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	Ocampo Sepúlveda Javiera (1)
CO-AUTORES	Latorre Sanhueza Diego (2), Hidalgo Alvarado Brayan (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico(a) General de Zona, CESFAM Dalcahue, Dalcahue (2) Médico General de Zona, CESFAM Dr. René Tapia Salgado, Castro
INTRODUCCIÓN	El Síndrome de Charles Bonnet (SCB) ocurre generalmente en ancianos con enfermedades visuales y se caracteriza por alucinaciones visuales que empeoran con baja iluminación, con conciencia de que son irreales. Se presenta un caso detectado en atención primaria de salud (APS) en sector rural, con el objetivo de revisar el diagnóstico diferencial de alucinaciones, enfocándose en descartar de causas graves, de delirium y patologías psiquiátricas, considerando como diagnóstico de descarte el SCB.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Usuaría de 82 años con Hipertensión arterial, trastorno de refracción, catarata ojo izquierdo operada y glaucoma. Completamente autovalente, sin antecedentes psiquiátricos previos. Consultó en APS por 1 mes de evolución de alucinaciones visuales vespertinas. Refería ver niños jugando, flores o madejas de lana, que sabía que no estaban ahí. Negaba alteraciones de memoria, síntomas depresivos o ansiosos. Discurso lógico y coherente. Se realizaron pruebas cognitivas (test de reloj y RUDAS) normales. Orientada, sin hallazgos en examen neurológico. Estudio general de síndrome confusional agudo, sin hallazgos. Se derivó a Neurología. Tomografía de cerebro con contraste con infartos lacunares antiguos en cuerpo estriado y talámico izquierdo y leves cambios microangiopáticos. Definieron que hallazgos no impresionan como causa de su sintomatología y derivaron a oftalmología por sospecha de SCB. Ajustan tratamiento de glaucoma, renuevan anteojos y refirió cese de alucinaciones. Realizó consentimiento informado correspondiente.
DISCUSIÓN CONCLUSIONES	Y La causa de SCB se desconoce, pero se cree que la pérdida de la aferencia a la corteza occipital por afecciones oculares produciría el fenómeno de la desaferentación: cambios en las neuronas para

compensar la escasa estimulación. Generando hiperexcitación, produciendo alucinaciones ante estímulos del medio exterior. El objetivo de presentación del caso es considerar el CBS como diagnóstico diferencial de alucinaciones, ya que en la práctica clínica suele no ser reconocido afectando la calidad de vida de los pacientes. Es importante el tratamiento individualizado y el seguimiento.

PALABRAS CLAVE Alucinaciones, Atención Primaria de Salud, Síndrome de Charles Bonnet

TÍTULO DEL TRABAJO DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA g) Neurología

AUTOR Bartsch Leiva Diego (1)

CO-AUTORES Lanata Selingue Chiara (1), Navarro Plazaola Natalia (1), Martínez Figueroa Rosario (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital San Agustín de Florida, Florida.

INTRODUCCIÓN El síndrome de Guillain-Barre (SGB) es la causa más común de parálisis flácida aguda. Se produce por una respuesta inmunológica por mimetismo molecular, generando polirradiculopatía inflamatoria. El cuadro clínico generalmente va precedido de episodio de infección respiratoria o gastrointestinal. El microorganismo más frecuente es el *Campylobacter jejuni*. El diagnóstico es clínico pero se respalda con estudios de líquido cefalorraquídeo (LCR) y de neuroconducción. El tratamiento es plasmaferesis o inmunoglobulinas de forma precoz. Es una emergencia neurológica, y se necesita diagnóstico precoz para evitar complicaciones. Es por esto la importancia de este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 50 años sin antecedentes mórbidos. Inicialmente presenta gastroenteritis aguda. A los catorce días inicia con fatigabilidad y debilidad progresiva en extremidades inferiores. Consulta en servicio de urgencia donde se constata tetraparesia de predominio en extremidades inferiores junto con arreflexia generalizada. Se deriva a centro de mayor complejidad donde se

estudia el líquido cefalorraquídeo, evidenciando disociación albumino-citológica. Se hospitaliza con diagnóstico SGB en unidad de cuidados intermedios donde se inicia terapia de inmunoglobulinas con buena respuesta clínica sin compromiso bulbar ni disautonomía. Es dado de alta para continuar manejo en Atención Primaria. Actualmente paciente en sala de rehabilitación enfocándose en la recuperación motora además de controles periódicos por el equipo de salud mental producto de trastorno adaptativo por la enfermedad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El SGB se sospecha en un paciente con tetraparesia flácida y arrefléctica teniendo en cuenta los diagnósticos diferenciales. Dado que el diagnóstico es clínico, es importante la anamnesis y el examen físico exhaustivo para realizar una derivación oportuna. Iniciar tratamiento de manera precoz disminuye la mortalidad de los pacientes y evita complicaciones. También debemos considerar las complicaciones a largo plazo que los pacientes pueden experimentar como fatiga, dolor, consecuencias psicológicas, por lo que el rol de la Atención Primaria es fundamental para el manejo y acompañamiento.

PALABRAS CLAVE Atención Primaria, Síndrome de Guillain-Barré, Polirradiculopatía Inflamatoria.

TÍTULO DEL TRABAJO DEL SÍNDROME DE INFARTO PULMONAR COMO PRESENTACIÓN DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, A TENER EN CUENTA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Ramírez Carbonell Sebastián (1)

CO-AUTORES Zapata Pantoja Nataly (1)
Aguilera Jaque Roberto (1)
Cruz Arzola Fernanda (2)

AFILIACIÓN (1) Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes (2) Cesfam Los Volcanes, Chillán

INTRODUCCIÓN El tromboembolismo pulmonar es una patología grave, su reconocimiento en las distintas presentaciones mejora la sobrevida de los pacientes. Este caso se trae para discusión de un diagnóstico

diferencial de tos hemoptoica, fiebre y dolor pleurítico con el fin de ampliar la discusión más allá de la neumonía o la tuberculosis.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Paciente 27 años sin antecedentes médicos, tabaquismo 10 cigarros/día, sin cirugía previa reciente ni reposo prolongado, consulta por 3 días de evolución de tos con expectoración que progresa a hemoptoica asociado a dolor pleurítico derecho. Previamente fiebre hasta 38°Celsius. Al examinar: escasos crépitos en lóbulo medio derecho, extremidades inferiores sin signos de trombosis venosa profunda, presenta hemodinamia estable, sin uso de oxígeno. Se toman exámenes que muestran parámetros inflamatorios elevados, sin anemia y buena función renal, Gene Xpert de tuberculosis negativo posteriormente. En radiografía de tórax se observa velamiento piramidal en segmento de lóbulo inferior derecho. Se calcula Score de Wells: 1 punto, a pesar de eso se toma dímero D que resulta en 1730. Se deriva a hospital de referencia para AngioTAC que muestra tromboembolismo pulmonar agudo en ramos lobares y segmentarios para ambos lóbulos inferiores y en el lóbulo medio asociado a infarto pulmonar. Se hospitaliza con hemodinamia estable y sin requerimiento de oxígeno para iniciar anticoagulación. Se descartan neoplasias y se confirma trombofilia. Logra alta sin complicaciones asociadas.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES**

Y La presentación clínica del tromboembolismo pulmonar se ha descrito en 3 síndromes: Síndrome de disnea súbita, síndrome de colapso circulatorio y síndrome de infarto pulmonar. Esta última presentación representa el 25% de los casos cuando combina dolor pleurítico y hemoptisis. En este caso el haber considerado el tromboembolismo pulmonar como causa de fiebre y tos con expectoración hemoptoica permitió guiar adecuadamente el estudio y así no caer el cierre diagnóstico precoz hacia causas infecciosas.

PALABRAS CLAVE

Embolia pulmonar, Hemoptisis, Infarto pulmonar.

**TÍTULO
TRABAJO**

DEL SÍNDROME DE MARFÁN CON FOCO EN MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES. REPORTE DE CASO CLÍNICO

CLASE

Caso Clínico

CATEGORÍA

b) Medicina Interna

AUTOR

González Álvarez Luis (1)

CO-AUTORES	Colvin Rivas Daniel (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM San Manuel, Melipilla (2) Médico General de Zona, CESFAM Juan Antonio Ríos, Santiago
INTRODUCCIÓN	El síndrome de Marfán es un desorden genético que afecta al tejido conectivo, debido a mutaciones en FBN1. Su prevalencia es entre 1/3000-1/5000 personas. Entre sus manifestaciones características, se encuentran compromiso cardiovascular, oftalmológico y musculoesquelético, de severidad variable. Para su diagnóstico, es de relevancia la detección de dilatación o disección de raíz aórtica, ectopia lentis y/o mutación FBN1. Fuera de las manifestaciones aórticas, se ha descrito mayor prevalencia de enfermedad mitral, especialmente en mujeres jóvenes, falla cardíaca, bloqueos auriculoventriculares y taquicardia supraventricular o ventricular.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 32 años, con diagnóstico de Síndrome de Marfán en 2010 (17 años) iniciado por estudio de pectus excavatum, con detección de dilatación de raíz aórtica y test genético compatible, operada con barra de Nuss y placas de fijación por escoliosis, dado compresión y desplazamiento de cavidades cardíacas. Refiere cuadro de 2 meses de palpitaciones recurrentes, que resuelven con maniobras de Valsalva, asociado a disnea de esfuerzo progresiva hasta capacidad funcional II. Al examen físico soplo sistólico III/VI en foco mitral. Electrocardiograma informa fibrilación auricular, con ecocardiograma que informa insuficiencia mitral severa por prolapso de A1 y A2. Se somete a cardioversión eléctrica, con recuperación de ritmo sinusal. Pendiente manejo quirúrgico de insuficiencia mitral. Tratamiento carvedilol 6.25 mg cada 12 horas y anticoagulación con rivaroxabán. Hijo con diagnóstico posterior de síndrome de Marfán con insuficiencia mitral leve, en tratamiento con atenolol 25 mg.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Las manifestaciones cardiovasculares son la mayor causa de morbilidad y mortalidad en estos pacientes. El diagnóstico en etapas tempranas, con uso de estudio genético, especialmente en contexto de antecedentes familiares resulta de suma relevancia para la prevención y manejo de complicaciones a futuro. Las causas de disminución de capacidad funcional pueden ser múltiples, en nuestro caso se detecta restricción estructural, valvulopatía y arritmia como potenciales causas.

PALABRAS CLAVE Cardioversión, Fibrilación Auricular, Insuficiencia de la Válvula Mitral, Pectus excavatum, Síndrome de Marfán.

TÍTULO DEL TRABAJO DEL SÍNDROME DEL RAMO INTERÓSEO ANTERIOR CON MANEJO CONSERVADOR, MÁS ALLÁ DEL SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA (h) Especialidades (Traumatología)

AUTOR Riquelme Flores Hernán (1)

CO-AUTORES Montero Herrera Mariann (1), Pérez Torres Nicolás (2), Valdivia Cerda Álvaro (2)

AFILIACIÓN (1) Médico en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Bellavista, Tomé.
(2) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.

INTRODUCCIÓN El síndrome del ramo interóseo anterior (RIA) del nervio mediano es una neuropatía poco frecuente, causada por compresión de una rama predominantemente motora, que inerva músculos como el flexor profundo del índice y el largo del pulgar. Su diagnóstico es complejo por la superposición de síntomas con otras neuropatías del miembro superior, y requiere un enfoque multidisciplinario con evaluación clínica, estudios electrofisiológicos y ecografía.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino con antecedentes de diabetes mellitus 2 y dislipidemia consultó por dolor en antebrazo derecho, debilidad a la flexión del pulgar y episodios de adormecimiento intermitente en territorios mediano y cubital. Al examen físico destacó prueba de pinzamiento positiva y dolor en epicóndilo. La ecografía mostró tendinopatía leve de flexores y extensores, además de subluxación del nervio cubital. La electromiografía reveló compromiso sensitivo y motor de nervio mediano a nivel de muñeca, con afectación focal del RIA derecho en antebrazo y codo. Se inició tratamiento conservador con inmovilización de codo, fisioterapia focalizada y pregabalina, lo que logró mejoría sintomática. Paciente firmó consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso subraya la necesidad de considerar múltiples diagnósticos diferenciales en pacientes con dolor, parestesias y debilidad en el miembro superior. No todo cuadro clínico con afectación del nervio

mediano corresponde exclusivamente a un síndrome del túnel carpiano. La afectación del RIA se caracteriza por debilidad motora sin compromiso sensitivo, pero dado que los síntomas se solapan con otras entidades, puede pasar desapercibida. La coexistencia de tendinopatías, epicondilitis y subluxación del nervio cubital refuerza el enfoque integral y la importancia de una evaluación minuciosa. El uso combinado de herramientas clínicas, imagenológicas y neurofisiológicas fue clave para evitar un diagnóstico erróneo y guiar el manejo adecuado.

PALABRAS CLAVE Electromiografía, Enfermedades del Sistema Nervioso Periférico, Tratamiento Conservador.

TÍTULO DEL TRABAJO DEL SÍNDROME POSTFLEBÍTICO COMO COMPLICACIÓN DE LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA Cirugía

AUTOR Sarzosa Adaos Nicolás Ignacio (1)

CO-AUTORES Guerrero Gutierrez Nicolás Ignacio Joel Arturo (1), Castelli Abarca Fiorenza Belén (2)

AFILIACIÓN (1) Médico EDF CESFAM Yanequén, Negrete.
(2) Médico EDF Hospital Familiar y Comunitario de Laja, Laja

INTRODUCCIÓN El síndrome Postflebítico (PTS por sus siglas en inglés) es una complicación crónica de la trombosis venosa profunda (TVP), con una incidencia del 20-50% y formas graves en el 5% de los casos. Se caracteriza por dolor, edema, hiperpigmentación, agravados por la bipedestación. Otros signos clínicos pueden incluir telangiectasias perimaleolares, eczema venoso, y en casos más severos, lipodermatoesclerosis y ulceración de las piernas.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 60 años, con antecedente de seminoma tratado con cirugía y quimioterapia. Durante el estudio de diseminación, se identificó una masa retroperitoneal que requirió linfadenectomía lumboaórtica con colocación de prótesis aorto-ilíaca bilateral y prótesis vena iliaca común a vena ilíaca externa derecha. Presentó trombosis de la prótesis a las 48 horas, manejada con dabigatrán. Dos

años después, consultó por edema persistente en pierna derecha y úlcera venosa de 3 meses. En APS, se inició medias de compresión (40 mmHg), kinesioterapia y curaciones, con mejoría parcial.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El PTS en este caso es de alta complejidad debido a la reconstrucción vascular previa, limitando las opciones terapéuticas convencionales. Aunque la compresión y rehabilitación son pilares del tratamiento, su refractariedad obligó a derivación a cirugía vascular para evaluar un abordaje híbrido, dada la escasa evidencia en pacientes con prótesis. Este caso resalta la necesidad de seguimiento multidisciplinario en PTS asociado a cirugías complejas y la importancia de individualizar el manejo en contextos con evidencia limitada.

PALABRAS CLAVE Postthrombotic Syndrome, Venous Thrombosis, Lymphadenectomies

TÍTULO DEL TRABAJO SÍNDROME SINOVITIS ACNÉ PUSTULOSIS HIPEROSTOSIS OSTEÍTIS. REPORTE DE CASO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina interna

AUTOR Witt Grandi Katia (1)

CO-AUTORES

AFILIACIÓN (1) Médico general de zona, Centro de Salud familiar Centenario, Los Andes.

INTRODUCCIÓN El síndrome sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis, osteítis (SAPHO) es una enfermedad autoinflamatoria rara de patogenia desconocida. Se caracteriza por manifestaciones dermatológicas y osteoarticulares, no siempre simultáneas.

Las lesiones óseas suelen localizarse en la pared anterior del tórax, pero pueden afectar otros segmentos. Se considera multifactorial con factores genéticos, infecciosos e inmunológicos.

Su diagnóstico considera características clínicas, radiológicas y de laboratorio, siendo los criterios de Khan y de Benhamou los más mencionados.

No tiene un tratamiento oficial. Se utiliza de 1° línea los antiinflamatorios no esteroideo para el alivio del dolor. También se emplean corticoides, antibióticos, antirreumáticos, y medicamentos

biológicos.
Se presenta caso para ayudar al reconocimiento precoz de esta enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 18 años con acné con globata de 2 años de evolución asociado a dolor lumbosacro y coxalgia. Por refractariedad se le indicó isotretinoína hasta 20 mg/día y prednisona 5 mg. Al mes, fue hospitalizado por mialgias y empeoramiento cutáneo con úlceras hemorrágicas en tronco y espalda. La biopsia mostró folliculitis y perifolliculitis crónica con reacción granulomatosa focal. Estudio prebiológico destacó leucocitosis, velocidad de eritrosedimentación elevada, cultivos y panel inmune negativo. Resonancia nuclear magnética protocolo PEP informó sacroileítis bilateral e hiperseñal de los bordes anteriores de los cuerpos vertebrales dorsales y lumbares (fenómeno de Romanus). Frente al cuadro de acné severo y sacroileítis, se diagnosticó SAPHO con espondiloartritis. Se inició tratamiento con adalimumab 40 mg cada 15 días, metotrexato 15 mg semanal y prednisona 60 mg/día. Evolucionó favorablemente en 6 meses, sin dolor sacroilíaco y con cicatrización de las lesiones. Se solicitó consentimiento informado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El SAPHO no tiene un tratamiento estandarizado debido a su variabilidad clínica y rareza. El diagnóstico y tratamiento precoz pueden ayudar a prevenir la progresión y aliviar el dolor. Se debe sospechar en caso de lesiones óseas asociado a manifestaciones dermatológicas.
PALABRAS CLAVE	Acné conglobata, Espondiloartritis, Sinovitis.
TÍTULO DEL TRABAJO	TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR CHOQUE ANAFILÁCTICO SECUNDARIO A COMPLICACIONES ANESTÉSICAS EN MAYORES DE 20 AÑOS EN CHILE, ENTRE 2020-2023:
CLASE	Trabajo de investigación
CATEGORÍA	h) Otras especialidades (Anestesiología)
AUTOR	Rodríguez Mejías, Josué (1),
CO-AUTORES	Méndez Morao Wilmer (1), Primera Velásquez, Rolando (2), Tambo López, Miguel (3)

AFILIACIÓN	1) Médico Cirujano, Hospital de Peñaflor, Peñaflor, Región Metropolitana. 2) Médico Cirujano, SAR de Concón, Valparaíso, Región de Valparaíso. 3) Médico Cirujano, Cefam "Jorge del Campo Amaro", Villa Alegre, Región del Maule.
INTRODUCCIÓN	El choque anafiláctico es una reacción de hipersensibilidad severa y de aparición súbita, caracterizada por compromiso multisistémico y riesgo inminente de muerte si no se maneja de manera inmediata y adecuada. Por ello, el objetivo de este trabajo es analizar la tasa de egreso hospitalario (TEH) en pacientes mayores de 20 años con choque anafiláctico secundario a complicaciones anestésicas en Chile entre 2020 y 2023.
MATERIALES Y MÉTODOS	Y Se realizó un estudio descriptivo de los egresos hospitalarios por choque anafiláctico secundario a complicaciones anestésicas en pacientes mayores de 20 años en Chile entre 2020-2023, según edad y sexo (n=7). Se utilizaron los datos obtenidos por el departamento de estadística e información de salud (DEIS) y del Instituto nacional de estadística, específicamente CENSO 2017. Se calculó la tasa de egreso hospitalario. No se requirió comité de ética.
RESULTADOS	Se obtuvo una tasa de egreso total de 0.06/100.000 habitantes, la mayor tasa fue la de los años 2020, 2021 y 2022. El sexo masculino fue el más prevalente durante los años 2020 y 2022 con una tasa de 0.035/100.000. Según la variable grupos etarios, se puede evidenciar que los grupos etarios con mayor TEH son los grupos de 50 a 59 años y el grupo de 60 a 69 años, con una tasa de 0.035 casos por 100.000 habitantes cada uno.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Y La disminución progresiva en la TEH puede ser interpretada en el contexto de mejoras en las prácticas anestésicas, avances en la detección de alergias y reacciones adversas. La variabilidad en la TEH entre sexos puede estar influenciada por múltiples factores, incluyendo diferencias biológicas, respuesta inmunológica, predisposición genética y factores ambientales. El análisis por grupos etarios revela una mayor incidencia en los grupos de 50 a 59 años y 60 a 69 años que puede explicarse por diversos factores epidemiológicos, clínicos y sociales.
PALABRAS CLAVE	Choque Anafiláctico, Complicaciones Anestésicas, Tasa de Egreso Hospitalaria

TÍTULO TRABAJO	DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS OCULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Espinoza Correa Bastián (1)
CO-AUTORES	Hamidi-Vadeghani Majd Neshat (2), Canelo Rojas Nicolás (1), Kuri Toranzo Juan (1)
AFILIACIÓN	(1): Médico General de Zona, Hospital de Purranque, Purranque (2): Médico General de Zona, CESFAM de Puaicho, San Juan de la Costa
INTRODUCCIÓN	La Tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa frecuente y altamente contagiosa. Puede afectar cualquier parte del cuerpo. Una de sus formas extrapulmonares es la TBC ocular. Revisamos el caso de una TBC ocular con el objetivo de resaltar la importancia de la sospecha clínica, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado, de forma de poder prevenir secuelas en nuestros pacientes.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta caso de paciente de 57 años, con consentimiento informado firmado, con antecedentes de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2, que consulta por síntomas en ojo derecho de disminución de agudeza visual (AV) de 3 meses de evolución, dolor ocular y ojo rojo profundo, además miodesopsias. Sin historia de baja de peso, sudoración nocturna ni fiebre. Sin sintomatología respiratoria. Al examen físico destacaban signos vitales normales. Cardiopulmonar sin hallazgos. Al examen ocular destacaba en ojo derecho: ojo rojo profundo, con dolor a la oculomotilidad generalizada. Además de disminución parcial de AV. Sin hifema, pus ni otros hallazgos. Dentro del estudio de laboratorio destacan parámetros inflamatorios bajos. Tomografía Axial Computada de tórax sin hallazgos. Paciente fue derivado a Oftalmología. En la evaluación destacan: "Varias placas subretinianas amarillentas confluentes en polo posterior y sus alrededores. Impresiona mínima vitreítis". Se diagnosticó finalmente TBC ocular. Se inició tratamiento con esquema basal de TBC, con 50 dosis de Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida y Etambutol seguido de fase de continuación con 80 dosis de Isoniazida y Rifampicina.

El paciente completó el tratamiento de manera satisfactoria con mejoría de la agudeza visual, desaparición de dolor y las miodesopsias.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La Tuberculosis ocular es una patología poco frecuente, pero puede ser grave y dejar secuelas. Requiere de diagnóstico por especialista. Para el tratamiento aplican los 4 fármacos del esquema usual estipulados en la Norma Técnica 2022, y los mismos 4 principios: asociado, prolongado, directamente supervisado y gratuito.

PALABRAS CLAVE Tuberculosis ocular, antituberculosos, agudeza visual.

TÍTULO DEL TRABAJO MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TERATOMA OVÁRICO.

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA Psiquiatría

AUTOR Vázquez León Richard Lázaro (1)

CO-AUTORES Barrientos Montoya Sebastián(2), Toledo Gutiérrez Alejandro (3), Gómez Pereira David(3)

AFILIACIÓN (1)Médico Cirujano. CECOSF Colcura, Lota (2)Médico Cirujano CESFAM Sergio Lagos, Lota (3)Médico Cirujano CESFAM Juan Cartes, Lota

INTRODUCCIÓN El predominio de síntomas neuropsiquiátricos en etapas tempranas de un tumor anexial, aunque infrecuente, provoca que un elevado porcentaje de pacientes busquen ayuda neuropsicológica como un primer contacto con el sistema de salud. Su identificación es el primer paso para instaurar un tratamiento dirigido a la enfermedad subyacente de forma oportuna.

PRESENTACIÓN DEL CASO Mujer de 31 años de edad sin antecedentes de salud aparente. Consulta en servicio de urgencia por convulsión tónico clónica acompañada de cambios en la emocionalidad de meses de evolución caracterizados por irritabilidad, ideas paranoides de daño, cuadros alucinatorios visuales, delirios de grandeza y persecución. Se realizó Resonancia Magnética nuclear cerebral que mostró un incremento de la intensidad de señal en cabezas de los hipocampos. Se realizó electroencefalograma que informó actividad lenta y desorganizada sin otros hallazgos. El estudio de líquido cefalorraquídeo fue negativo. En el examen físico general se constató ascitis. Se solicitó scanner contrastado de abdomen que

informó masa abdominopelviana de 21x 17 cm, aspecto heterogéneo con áreas quísticas y calcificaciones, en contacto con anexo derecho. Marcadores tumorales: Antígeno carcinoembrionario(CEA) 6.05; Antígeno canceroso 125 (CA-125) 513.8; Antígeno canceroso 19-9 (CA 19-9) 366.9

Se realizó histerectomía total y anexectomía bilateral con biopsia que informó teratoma inmaduro de alto grado (5 campos menores de neuroepitelio inmaduro). Las manifestaciones neuropsiquiátricas se manejaron con Olanzapina 10mg diarios con remisión sintomática después de la cirugía.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El debut de síntomas neuropsiquiátricos en paciente mujeres adultas jóvenes requiere una alta sospecha clínica de entidades orgánicas que se fortalece con la realización de una historia clínica detallada y el descarte de alteraciones en líquido cefalorraquídeo, electroencefalografía y neuroimagen, sobre todo cuando se excluyen patologías de origen infeccioso. Principalmente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes debe sospecharse, la presencia de teratoma ovárico, y en caso de encontrarse se debe proceder a su resección inmediata.

PALABRAS CLAVE Alucinaciones, Neoplasias, Teratoma

TÍTULO DEL TRABAJO DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO CONFIRMADO DE ABDOMEN AGUDO EN UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD, EN CHILE:

CLASE Trabajo de Investigación (TI)

CATEGORÍA d) Cirugía

AUTOR Cortés Salinas Matías (1)

CO-AUTORES Espinoza Soulé Mariana (1), Fuentes Antipán Camila (1), Espinoza Navarrete Angélica (2)

AFILIACIÓN (1)Médico General de Zona, Hospital Comunitario de Salud Familiar Yungay, Yungay (2)Estudiante de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción

INTRODUCCIÓN El abdomen agudo es una de las principales causas de consulta en los servicios de urgencias, representando entre un 5% y 10% de todas las consultas. Poseemos estadísticas generales limitadas al extranjero, mientras que en Chile existen estudios asociados a patologías

específicas (apendicitis). La importancia de una buena formación clínica y estrategia diagnóstica es evidente en establecimientos de baja complejidad, donde la escasez de recursos puede llevar al aumento en morbimortalidad. Objetivo: describir casos de abdomen agudo en un hospital de baja complejidad, sospechados mediante clínica, de efectivo resorte quirúrgico durante el año 2024.

MATERIALES Y MÉTODOS	Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. Se utiliza base de datos de urgencia y sistema digital de hospitalización de región del Ñuble. Se extrae ficha de atención de urgencias del Hospital de Yungay (HY) y del hospital Herminda Martín de Chillán (HCHM), y epicrisis médica del paciente de interés. Se tabulan datos en programa Excel y se filtran por criterios de inclusión (diagnóstico estadístico compatible, derivación a HCHM, ingreso quirúrgico) y exclusión (estudio de laboratorio previo, paciente sin criterio quirúrgico, atención incompleta). Se confeccionan estadísticas según porcentajes. Se cuenta con autorización de la Dirección para la realización del estudio. No requiere toma de consentimiento informado.
RESULTADOS	Un total de 12 pacientes cumple con los criterios de inclusión. El 58% corresponde a hombres (7). En un 50% del total de los casos la patología fue de resorte quirúrgico (6). El descarte de patología quirúrgica requirió estudio con laboratorio y/o imagen en el 66,7% de los casos (4).
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Se observa un adecuado grado de sospecha diagnóstica. No existen estudios chilenos que permitan la comparación entre centros de baja o media complejidad. Se demuestra la mejoría diagnóstica al contar con recursos básicos (laboratorio), por lo que es necesario mejorar las herramientas disponibles en centros distantes.
PALABRAS CLAVE	Abdomen Agudo, Dolor Abdominal, Urgencias Médicas
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO CONFIRMADO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD, EN CHILE:
CLASE	Trabajo de Investigación (TI)
CATEGORÍA	g) Neurología
AUTOR	Fuentes Antipán Camila (1)

CO-AUTORES	Cortés Salinas Matías (1), Espinoza Soulé Mariana (1), Espinoza Navarrete Angélica (2)
AFILIACIÓN	(1)Médico General de Zona, Hospital Comunitario de Salud Familiar Yungay, Yungay (2)Estudiante de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción
INTRODUCCIÓN	El accidente cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de muerte y discapacidad en nuestro país. El complemento imagenológico supone limitaciones diagnósticas en centros de baja complejidad, y riesgo de error por la similitud clínica con otras patologías. Mejorar la precisión diagnóstica permitiría optimizar el uso de los recursos y garantizar una atención oportuna y eficiente. Objetivo: describir casos de confirmación diagnóstica de ACV sospechado mediante clínica, en un hospital de baja complejidad, durante el año 2024.
MATERIALES Y MÉTODOS	Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. Se utiliza base de datos de urgencia y sistema digital de hospitalización de región del Ñuble. Se extrae ficha de atención de urgencias del Hospital de Yungay (HY) y del hospital Herminda Martín de Chillán (HCHM), y epicrisis médica del paciente de interés. Se tabulan datos en programa Excel y se filtran según criterios de inclusión (sospecha clínica de ACV, diagnóstico estadístico compatible, estudio y confirmación en HCHM) y exclusión (atención incompleta, descarte de ACV). Se confeccionan estadísticas según porcentajes. Se cuenta con autorización de la Dirección para la realización del estudio. No requiere toma de consentimiento informado.
RESULTADOS	114 pacientes fueron derivados al HCHM con sospecha de ACV. Un 71,1% recibió confirmación diagnóstica (81), de los cuales un 60,5% corresponden a hombres (49). El promedio de edad del ACV confirmado es de 71,5 años. Un 69,7% (23) de los casos con ACV descartado corresponden a otras patologías neurológicas.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Existe un buen nivel de sospecha clínica, por lo que las derivaciones fueron pertinentes. Todos los pacientes fueron evaluados con neuroimagen para confirmación o descarte diagnóstico. Se mantiene la mayor prevalencia de la enfermedad en hombres de tercera edad. El estudio no distingue entre ACV y Accidente Isquémico Transitorio, importante en términos de estadía hospitalaria y neurorrehabilitación.
PALABRAS CLAVE	Accidente Cerebrovascular, Medicina Clínica, Urgencias Médicas

TÍTULO TRABAJO	DEL DERIVACIONES A NIVEL SECUNDARIO DESDE CENTRO DE SALUD FAMILIAR VICTORIA POR DIABETES TIPO 2 DESCOMPENSADA. ANALISIS TEMPORAL PERIODO 2018-2024.
CLASE	TRABAJO DE INVESTIGACIÓN (TI)
CATEGORÍA	B) MEDICINA INTERNA
AUTOR	Alvarado Carrasco Edgardo (1)
CO-AUTORES	Zambrano Rey Andrea (2), Bustos Hernández Absalón (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Victoria. Victoria. (2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Río Negro Hornopirén. Hualaihue
INTRODUCCIÓN	La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una de las patologías más frecuentes a nivel nacional y mundial. Sus alarmantes cifras epidemiológicas son un problema de salud pública. Según las orientaciones del Ministerio de Salud, los casos de DM2 que son refractarios a manejo óptimo en atención primaria de salud (APS) deben ser referidos a especialidad. OBJETIVO: Analizar cómo ha sido la tendencia temporal de las derivaciones por DM2 descompensada desde Centro de Salud Familiar (CESFAM) Victoria hacia nivel secundario durante el período 2018-2024.
MATERIALES MÉTODOS	Y Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Mediante búsqueda digital realizada durante Abril del 2025, en la plataforma informática del Servicio de Salud Araucanía Norte utilizada para el registro de interconsultas; inicialmente se seleccionó el total de interconsultas realizadas desde CESFAM Victoria hacia la especialidad de Medicina Interna (población total estudiada). De esta población, mediante revisión del motivo principal de la interconsulta, se seleccionó el total de casos de interconsultas de pacientes derivados por DM2 refractario a tratamiento que fueron atendidos por especialista (ya sea por Medicina Interna en Hospital Victoria o vía Hospital Digital Diabetes) durante el periodo 2018-2024.
RESULTADOS	A modo de principal resultado, el número de interconsultas por DM2 descompensada de

forma	anual	en	el	período	estudiado	fue:
?	2018:					40
?	2019:					44
?	2020:					51
?	2021:					29
?	2022:					70
?	2023:					76
?	2024:	68				

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN Existe una clara tendencia al alza en el número de interconsultas por DM2 descompensada a nivel secundario. Sólo se diferencia de esta tendencia la cifra reportada del año 2021, lo que puede estar en el contexto de la pandemia por coronavirus. El año con más interconsultas generadas, que fue el 2023, implica un aumento en 90% de interconsultas en comparación con el primer año considerado en esta evaluación (2018). Es necesario seguir fortaleciendo las estrategias de prevención en salud relativas a esta temática.

PALABRAS CLAVE Diabetes Mellitus Tipo 2, Complicaciones de la Diabetes, Derivación y Consulta

TÍTULO DEL TRABAJO ARTICULACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL: DERIVACIONES DE URGENCIA DESDE UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD CHILENO:

CLASE Trabajo de Investigación (TI)

CATEGORÍA f) Salud Pública

AUTOR Espinoza Soulé Mariana (1)

CO-AUTORES Cortés Salinas Matías (1), Fuentes Antipán Camila (1), Espinoza Navarrete Angélica (2)

AFILIACIÓN (1)Médico General de Zona, Hospital Comunitario de Salud Familiar Yungay, Yungay (2)Estudiante de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción

INTRODUCCIÓN Los establecimientos de menor complejidad son la puerta de entrada al sistema de salud. La derivación a centros de mayor complejidad se ve motivada por carencia de recursos diagnósticos básicos. Este proceso debe evaluarse por su pertinencia clínica, siendo la hospitalización posterior un posible indicador positivo. En Chile no existen estudios que califiquen la competencia de estas derivaciones.

Objetivo: describir traslados de urgencia de un centro de baja a alta complejidad, con posterior ingreso hospitalario en centro derivador, durante el año 2024.

MATERIALES Y MÉTODOS	Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. Se utiliza base de datos de urgencia y sistema digital de hospitalización de región del Ñuble. Se extrae ficha de atención de urgencias del Hospital de Yungay (HY) y del hospital Herminda Martin de Chillán (HCHM). Se tabulan datos en programa Excel y se filtran según criterios de inclusión (derivación desde servicio de urgencias, ingreso en HCHM) y exclusión (derivación de paciente hospitalizado, atención incompleta, contraderivación para hospitalización en HY). Se confeccionan estadísticas según porcentajes. Se cuenta con autorización de Dirección para la realización del estudio. No requiere toma de consentimiento informado.
RESULTADOS	Se realizaron 1029 derivaciones desde servicio de urgencias (SU) HY a SU HCHM, de las cuales un 29,4% (303 casos, 279 pacientes) fueron hospitalizadas en HCHM. El promedio de edad de usuarios derivados es de 56,9 años, un 47,7% se sitúa en el rango de 65 años y más. Dentro de las causas más prevalentes de ingreso se encuentran fracturas (13,9%), accidente cerebrovascular (11,9%) y patología biliar quirúrgica (7,9%).
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Se puede suponer un adecuado uso de la red de urgencias por la proporción admitida. Las principales causas de admisión coinciden con consultas frecuentes en urgencias y con patologías de confirmación diagnóstica imagenológica compleja. Se insta a centros de menor complejidad a realizar estudios similares.
PALABRAS CLAVE	Epidemiología, Hospitalización, Salud Pública
TÍTULO DEL TRABAJO	IMPACTO A DOS AÑOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS:
CLASE	TRABAJO DE INVESTIGACIÓN (TI)
CATEGORÍA	A. MEDICINA FAMILIAR
AUTOR	PASTRIAN SOTO, MONSERRAT (1)
CO-AUTORES	OLGUIN OLGUIN, RICARDO (1), GONZALEZ RUIZ, CAROL (2), BUSTAMANTE MONCAYO, JOSÉ (3)

AFILIACIÓN	(1) MÉDICO EDF EL LOA, CALAMA (2) MÉDICO EDF LONTÚE, MOLINA (3) MÉDICO GENERAL CESFAM LONTÚE, MOLINA
INTRODUCCIÓN	En el marco de la implementación de modelo de atención integral en salud (MAIS), se inicia con la estrategia de cuidado integral centrado en la personas (ECICEP), con el fin de entregar un manejo en el contexto de multimorbilidad, considerando la integralidad, continuidad de cuidados y centrado en la persona. En el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Doctor Enrique Montt, dicha estrategia se implementa en el año 2022, por lo que el siguiente trabajo de investigación busca evaluar el impacto de esta, con el objetivo de caracterizar población visualizada por ECICEP y evaluar el nivel de compensación de las enfermedades crónicas cardiovasculares, específicamente diabetes mellitus 2.
MATERIALES MÉTODOS	Y Se realiza un estudio de carácter descriptivo observacional de tipo transversal con método cuantitativo, en donde se solicita información demográfica y estadística de la población controlada por la ECICEP, la cual es entregada por la directora del establecimiento, resguardando datos sensibles.
RESULTADOS	Con los análisis de dato, se evidencia que de la totalidad de los usuarios con diabetes mellitus, un 63% presenta una Hemoglobina glicosilada menor a 7%, un 15% presenta una evaluación de pie diabético clasificado como riesgo alto, 22% con diagnóstico de enfermedad renal crónica etapa 3 en adelante y tan solo un 3% con retinopatía diabética.
DISCUSIÓN CONCLUSIÓN	Y La implementación de ECICEP, ha generado un cambio en el paradigma de la atención centrada en la persona, en donde mantener un equipo de cabecera, implementar estrategias como la entrevista motivacional, genera una mejor alianza terapéutica y por ende, mejor adherencia a la terapia, mayor compensación de las enfermedades crónicas y menos complicaciones asociadas. Si bien esta estrategia ha sido mayormente implementada en la atención primaria, es importante incorporar en todos los niveles de atención, para así mantener esta mirada integral de la medicina, aún cuando sea un especialista quien realice la atención.
PALABRAS CLAVE	Compensación y Reparación, Multimorbilidad, Salud de la Familia

TÍTULO DEL TRABAJO "PREVALENCIA DE DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA EN LACTANTES EN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CON ALTA CONCENTRACIÓN DE POBLACIÓN MIGRANTE":

CLASE c) Pediatría y Cirugía Infantil

CATEGORÍA Trabajo de Investigación

AUTOR Espinoza Díaz Natalia (1)

CO-AUTORES López San Martín Camila (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Las Mercedes, Estación Central

INTRODUCCIÓN La displasia del desarrollo de caderas (DDC) es una patología frecuente en pediatría, con riesgo de secuelas musculoesqueléticas si no se detecta precozmente. El screening universal mediante radiografía de pelvis a los 3 meses ha demostrado ser efectivo en su diagnóstico temprano. En el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Las Mercedes, con alta población migrante, principalmente de nacionalidad venezolana, se implementa este protocolo de pesquisa sistemática.

MATERIALES Y MÉTODOS Y Estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal. Se analizaron 397 radiografías de pelvis realizadas a lactantes de 3 meses entre Junio 2023 y Abril 2024. Se recolectaron datos desde registros clínicos electrónicos y se incluyó evaluación por traumatólogo infantil en casos sospechosos según las Garantías Explícitas en Salud (GES). Se utilizó estadística descriptiva para análisis de frecuencia y prevalencia mediante Excel.

RESULTADOS Del total de exámenes, 191 correspondieron a sexo femenino (48%) y 206 a masculino (52%). Un total de 125 imágenes (31.49%) presentó hallazgos alterados. De estos, 52 casos fueron confirmados con DDC por especialista, lo que representa una prevalencia global de 13%. Un 7% de los pacientes recibió tratamiento con Arnés de Pavlik, 8% con medidas conservadoras (doble o triple pañal), y el resto quedó en observación por posible resolución espontánea.

TÍTULO TRABAJO	DEL TIÑA INCÓGNITA, MANIFESTACIÓN INFRECUENTE DE UNA ENFERMEDAD FRECUENTE:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades: Infectología, Dermatología
AUTOR	Leiva Huerta Christian Nicolás (1)
CO-AUTORES	Valenzuela Mena Natalia Yolanda (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Centro de atención Familiar La Florida, La Florida (2) Médica General, Centro Médico y Dental RedSalud Alameda, Santiago
INTRODUCCIÓN	La tiña incógnita es una infección fúngica superficial causada por dermatofitos, cuya inmunosupresores. Esta modificación morfológica dificulta su diagnóstico y favorece errores terapéuticos. En atención primaria de salud (APS), donde el acceso a estudios micológicos es limitado, el diagnóstico suele ser clínico. El uso empírico de corticoides en dermatosis inflamatorias puede enmascarar la morfología típica de la tiña, facilitando su diseminación y cronificación. Este trabajo tiene como objetivo destacar la necesidad de sospechar tiña incógnita ante lesiones crónicas, pruriginosas y atípicas que no responden a tratamientos convencionales, subrayando el rol del médico general en su diagnóstico precoz y manejo adecuado.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 54 años, sin enfermedades, consultó en APS por lesiones papulares eritematosas y pruriginosas en cara interna de ambos muslos de 3 semanas de evolución. Se indicó betametasona tópica y loratadina oral por 10 días; sin embargo, el cuadro empeoró, con progresión de las lesiones y aumento del prurito. Al reconsultar, la anamnesis dirigida reveló actividad física frecuente en gimnasio. Al examen físico se observaron en el muslo izquierdo pápulas y placas eritemato-descamativas con patrón anular, y en el derecho, leve eritema y descamación. Dados los antecedentes y la morfología de las lesiones, se diagnosticó tiña incógnita. Se indicó terbinafina oral 250 mg diarios por 2 semanas, junto con medidas generales (higiene local, evitar humedad y ropa ajustada). Al control, se evidenció mejoría significativa. El paciente otorgó consentimiento informado para publicación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La tiña incógnita puede simular diversas dermatosis inflamatorias, dificultando su diagnóstico clínico. Este caso destaca la importancia de una evaluación detallada y del reconocimiento del contexto terapéutico previo para un manejo eficaz desde APS. Además, advierte sobre el uso indiscriminado de corticoides y sugiere sospechar tiña ante lesiones crónicas pruriginosas con mala respuesta a tratamientos habituales.

PALABRAS CLAVE Atención Primaria de Salud, Dermatomicosis, Corticoesteroides

TÍTULO DEL TRABAJO DEL TOXICIDAD MEDULAR SEVERA ASOCIADA A METOTREXATO. REPORTE DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina interna

AUTOR Quezada Valenzuela, Paula (1)

CO-AUTORES Apablaza Eulufi, Matias (1)
Betancur Labra, Francisca (1)
Carrasco Honores, Marlene (2)

AFILIACIÓN (1) Medico general de zona, Hospital de Quirihue, Quirihue (2) Interna de medicina, Universidad de O'Higgins, Rancagua

INTRODUCCIÓN El metotrexato (MTX) es un análogo estructural del ácido fólico que actúa como antimetabolito sobre la proliferación celular, con actividad antineoplásica e inmunosupresora de amplio uso en el manejo de patologías reumatológicas, que ha destacado por su gran eficacia clínica. Se han visto complicaciones graves asociadas al uso de este fármaco, principalmente de tipo hepáticas, pulmonares y hematológicas. Dentro de los factores de riesgo para presentar estas complicaciones encontramos la edad avanzada, función renal alterada, niveles bajos de ácido fólico y uso concomitante de otros modificadores del metabolismo de los folatos.

PRESENTACIÓN DEL CASO Se trata de una mujer de 77 años, con antecedentes de artritis reumatoide (AR), hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad renal crónica etapa 4, que consulta en el servicio de urgencias de un hospital comunitario por cuadro de 7 días de compromiso del estado general, anorexia marcada, cefalea y vómitos. Destaca inicio reciente de MTX el mes previo a la consulta en dosis

10mg a la semana. Al examen físico con marcada palidez de mucosas y mucositis oral, sin otros hallazgos. Se toman exámenes de laboratorio donde destaca anemia severa, leucopenia moderada con neutropenia severa, trombocitopenia leve y falla renal aguda. Se deriva a centro de mayor complejidad donde evoluciona con fiebre, por lo que se inicia manejo con antibióticos de amplio espectro y soporte transfusional. La paciente evoluciona favorablemente tras la suspensión del MTX, logrando resolución progresiva de la pancitopenia. Paciente acepta y firma consentimiento informado para publicación anónima.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Es muy importante conocer y prever los efectos adversos del MTX, sobre todo en población portadora de factores de riesgo. Los pacientes con MTX deben ser rigurosamente vigilados, buscando activamente la aparición de estas complicaciones para manejarlas de forma precoz y evitar desenlaces fatales.

PALABRAS CLAVE Artritis reumatoide, Metotrexato, Toxicidad del medicamento

TÍTULO DEL TRABAJO TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE EPISODIO DEPRESIVO MONOPOLAR Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMITROFE:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA h) Especialidades (Psiquiatría)

AUTOR Montero Herrera Mariann Eliazabeth(1)

CO-AUTORES Riquelme Flores, Hernán Francisco(1), Yussem Fernández, María Loreto(1)

AFILIACIÓN (1) Médico/a en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Bellavista, Tomé

INTRODUCCIÓN El trastorno afectivo bipolar (TAB) es una enfermedad psiquiátrica grave, con fluctuaciones anímicas que van desde episodios depresivos a episodios maníacos, o mixtos. Su prevalencia es >1% a nivel mundial, su incidencia máxima entre 12-18 años, con heredabilidad hasta del 80%.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina de 16 años, consultó con psiquiatra por animo deprimido, ideación suicida e irritabilidad. Se diagnosticó episodio depresivo mayor e inició sertralina, cursando con insomnio e irritabilidad, por lo que se reemplazó con bupropión. Cursó con mejoría parcial, persisten conductas impulsivas y suma consumo problemático de alcohol, labilidad emocional e ideación suicida sin planeación. Tras 1

año abandonó el tratamiento, se mantuvo con ánimo deprimido por 4 años. Posterior a viaje inició cuadro de insomnio, aumento de energía y de conductas de riesgo, que duró 4 meses, seguido de episodio depresivo severo con ideación suicida grave. Asistió con psiquiatra, se inició lamotrigina por sospecha de trastorno de personalidad limitrofe, con mejoría parcial. Se pidió segunda opinión, se sospechó trastorno bipolar, iniciando carbonato de litio, se logró la eutimia con remisión de ideación suicida. Se diagnosticó TAB 6 años tarde. Paciente firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Aproximadamente 40% de los pacientes con TAB tienen diagnósticos erróneos al inicio de la enfermedad, pudiendo llegar a consultar a tres profesionales antes de ser diagnosticados correctamente, con retraso diagnóstico promedio de 10 años. El episodio depresivo mayor y la esquizofrenia son diagnósticos diferenciales importantes, y el trastorno límite de personalidad una comorbilidad que entorpece el diagnóstico. La mayoría de los TAB debutan con episodios depresivos que se diagnostican como monopulares, que posteriormente cursan con viraje o mala respuesta al tratamiento. Lo más importante en el diagnóstico es una entrevista exhaustiva que busque dirigidamente características clínicas que identifiquen “pacientes de alto riesgo” para TAB, permitiendo diagnóstico y tratamiento temprano, mejorando pronóstico y disminuyendo discapacidad futura.
PALABRAS CLAVE	Diagnóstico diferencial, Trastorno bipolar, Trastorno depresivo mayor, Trastorno de personalidad límite
TÍTULO DEL TRABAJO	TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN MUJERES Y DIFICULTAD DIAGNÓSTICA:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	Montero Herrera Mariann Eliazabeth(1)
CO-AUTORES	Ulloa Jiménez Pamela Fernanda(1), Riquelme Flores Hernán Francisco(1)
AFILIACIÓN	(1) Médico/a en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Bellavista, Tomé
INTRODUCCIÓN	El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que cursa con dificultades de comunicación e interacción social y patrones restrictivos en comportamientos e intereses, causando deterioro en funcionamiento habitual.

Aproximadamente se diagnostica 4 veces más en sexo masculino versus femenino, siendo el objetivo visualizar rasgos atípicos en mujeres para aumentar sospecha y diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina 25 años, diagnosticada de trastorno por déficit atencional e hiperactividad, consultó por cuadro de labilidad emocional, animo deprimido, ansiedad y dificultad para vincularse con pares. Síntomas aparecieron en infancia, pero entró a universidad y empeoraron. Consultó con varios profesionales, se diagnosticó trastorno de ansiedad generalizada y episodio depresivo leve. En entrevista dirigida se describió como “rígida y concreta”, “era diferente a otros niños” “tenía gustos particulares”. Comentó problemas con texturas en alimentos y ruidos, desde hace meses empezó a necesitar salir de sala cuando había muchas voces simultaneas. Por frustración se autolesionó. Respecto al neurodesarrollo, sonrisa social y primeros pasos con retraso, lenguaje adecuado. Perfil sensorial alterado. Se presentó caso en Consultoría de Centro de Salud Familiar, psiquiatra diagnosticó TEA. Paciente firmó consentimiento informado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El TEA históricamente ha sido asociado a hombres, dejando de lado a mujeres. Sin embargo, hoy se sabe que el sesgo al estereotipo masculino del trastorno ha causado subdiagnóstico. En las niñas la introversión y el juego tranquilo no son cuestionados socialmente. Además, tienen mejores habilidades sociales que los niños con TEA y desarrollan estrategias de camuflaje e imitación que entorpecen la sospecha y diagnóstico. Generalmente, son comorbilidades de salud mental las que motivan la consulta, y en la entrevista dirigida surgen elementos de TEA. Es importante realizar búsqueda activa en la historia, considerando que, aumentando la edad, aumentan las demandas sociales, y los mecanismos de compensación son insuficientes para enmascarar los síntomas nucleares del TEA.
PALABRAS CLAVE	Diagnóstico, Mujeres, Trastorno del espectro autista
TÍTULO DEL TRABAJO	TUBERCULOSIS DISEMINADA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR COLÓNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Salas Gantz, Javiera (1)

CO-AUTORES	Sebik Veloso, Anais (2), Rojas Toro, Francisca (2), Sotomayor Marin, Paloma (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Hospital Dr. Dino Stagno Maccioni, Traiguén (2) Interna de Medicina, Universidad de Valparaíso, Hospital Eduardo Pereira
INTRODUCCIÓN	La tuberculosis (TBC) es una infección causada por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , en 70% de los casos es de compromiso pulmonar pero hasta 5% de los afectados presenta en 2 o más órganos no contiguos, denominándose tuberculosis diseminada, esta última es más frecuente en personas con inmunocompromiso. La tuberculosis se presenta como síndrome consuntivo, por lo que debe considerarse frente a la sospecha de una neoplasia.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino, 69 años con antecedente de encefalitis autoinmune y epilepsia en tratamiento con inmunosupresores. Consultó por dolor abdominal con masa palpable en fosa ilíaca derecha, asociado a febrículas. En laboratorio destacaba aumento de parámetros inflamatorios (IAI) y leucopenia. Se realizó tomografía computarizada de abdomen que evidenció engrosamiento de aspecto tumoral en colon derecho e íleon distal, con compromiso transmural y linfonodos reactivos. Por sospecha de tumor neoplásico, se realizó colonoscopia que confirmó tumor y se tomó biopsia. Durante la hospitalización presentó episodios de fiebre y elevación IAI, se inició tratamiento antibiótico empírico y se suspendieron inmunosupresores, sin embargo, persistió febril. Biopsia informó “colitis crónica leve, con pequeño granuloma epitelioides, exudado fibrinoleucocitario”, por lo que se solicitó una prueba de reacción en cadena de la polimerasa para <i>Mycobacterium tuberculosis</i> en deposiciones y esputo, resultando positivas. Se diagnosticó TBC diseminada, se suspendieron antibióticos y se inició esquema de dosis fija combinada.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La TBC diseminada es una forma infrecuente de presentación de infección por <i>Mycobacterium Tuberculosis</i> y potencialmente mortal, se asocia a compromiso del sistema inmune, por lo que requiere de un alto índice de sospecha en población con factores de riesgo, para lograr realizar el diagnóstico y tratamiento oportuno. La TBC intestinal presenta una clínica variada, siendo el dolor abdominal el síntoma más frecuente, otros síntomas son fiebre, baja de peso y diarrea, siendo fundamental tenerla presente como diagnóstico diferencial en pacientes con sospecha de neoplasia.

PALABRAS CLAVE	Mycobacterium tuberculosis, Neoplasias del colon, Tuberculosis gastrointestinal, Tuberculosis extrapulmonar
TÍTULO DEL TRABAJO	TUBERCULOSIS LARÍNGEA, UNA CAUSA POCO COMÚN DE DISFONÍA:
CLASE	Caso Clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Otorrinolaringología)
AUTOR	Delgado Alcalde Cecilia (1)
CO-AUTORES	Schuller Martínez Matías (1), Vilches Aracena Camilo (1), Cohen Martínez Haim (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Placilla, Universidad de Valparaíso, Valparaíso. (2) Interno de séptimo año de Medicina Universidad Andrés Bello, Viña del Mar.
INTRODUCCIÓN	La tuberculosis laríngea es una enfermedad rara, que se presenta de manera concomitante a una tuberculosis pulmonar en el 20% de los casos y representa menos del 1% de la tuberculosis extrapulmonar. La afectación laríngea es muy bacilífera, por lo que tiene un riesgo elevado de contagiosidad. La ausencia de signos y síntomas típicos de esta enfermedad genera confusión diagnóstica con otras inflamaciones y neoplasias, siendo imprescindible la realización de laringoscopia y biopsia para su diagnóstico definitivo. Su tratamiento es principalmente médico, basado en fármacos antituberculosos. En este trabajo presentaremos un caso de tuberculosis laríngea, analizando la importancia del diagnóstico diferencial y manejo de esta patología.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 66 años, quien firma consentimiento informado, con antecedente de tabaquismo, diabetes y estancia reciente en el sudeste asiático. Consultó por disfonía aislada progresiva. Por lo anterior, se realizó tomografía computada de tórax que informó masa pulmonar del lóbulo superior derecho, que como primera posibilidad planteó neoplasia broncogénica, siendo menos probable un diagnóstico alternativo tal como tuberculosis o vasculitis. El GeneXpert de expectoración resultó detectado muy bajo. La baciloscopia resultó negativa y la biopsia laríngea informó un proceso inflamatorio granulomatoso necrotizante de tipo tuberculoideo. Se inició tratamiento con esquema primario con dosis fijas combinadas, con desaparición de la disfonía.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	A pesar de ser una presentación poco frecuente, la laringitis tuberculosa debe considerarse en pacientes que presentan disfagia y/o disfonía. Como principal diagnóstico diferencial se encuentra el carcinoma laríngeo, ya que estas enfermedades comparten factores de riesgo (inmunodepresión, tabaquismo, alcoholismo, etc) y síntomas (disfagia, disfonía). El diagnóstico se confirma mediante histopatología y su tratamiento es con antibióticos antituberculosos. Este caso refleja que aunque la tuberculosis laríngea primaria tiene presentaciones clínicas inespecíficas, es muy importante tener un alto índice de sospecha y realizar un adecuado diagnóstico diferencial, ya que esta enfermedad es curable.
PALABRAS CLAVE	Disfonía, Tuberculosis, Tuberculosis laríngea.
TÍTULO DEL TRABAJO	DEL TUBERCULOSIS OCULAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UVEÍTIS ANTERIOR:
CLASE	CASO CLÍNICO
CATEGORÍA	h) ESPECIALIDADES (OFTALMOLOGÍA)
AUTOR	Moreno Hernández Monserrat. (1)
CO-AUTORES	Yáñez Ponce Hernán (2), Muñoz Rojas Constanza (3), Pérez Vergara Paulina (4).
AFILIACIÓN	(1) Médica Cirujana, EDF CESFAM Violeta Parra, Chillán. (2) Médico Cirujano, CECOF Doña Isabel, Chillán. (3) Médica Cirujana, CESFAM Federico Puga, Chillán. (4) Interna de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán.
INTRODUCCIÓN	La tuberculosis es una infección granulomatosa que afecta principalmente los pulmones, pero que puede causar infecciones extrapulmonares, incluyendo cualquier parte del ojo, con o sin manifestación sistémica. La prevalencia tuberculosis ocular (TO) tiene una amplia variabilidad a nivel mundial, siendo hasta un 2,7 % en zonas no endémicas y hasta un 10,5 % en zonas endémicas como Chile, y tiene gran variedad de manifestaciones clínicas, presentándose como cualquier forma de inflamación intraocular. La uveítis por tuberculosis más común es la posterior, la que, a diferencia de la uveítis anterior, suele ser indolora y provocar cambios visuales inespecíficos, como disminución de la agudeza visual. Se debe tener un alto índice de

sospecha para identificar TO de presentación diferente a la uveítis posterior.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 29 años con antecedentes de Diabetes Mellitus 2 y Retinopatía Diabética moderada. Consultó por dolor ocular izquierdo, asociado a eritema y fotofobia de 3 días de evolución, sin síntomas sistémicos. Por la forma de presentación clínica y hallazgos al examen físico se diagnosticó uveítis anterior aguda, sospechándose Toxoplasmosis como causa, para lo que completó tratamiento antibiótico asociado a corticoides. Evolucionó con uveítis en ojo derecho y presión intraocular elevada. Se realizó QuantiFERON TB Gold, el que resultó positivo confirmando tuberculosis, por lo que se inició terapia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La tuberculosis es una causa poco común de uveítis, y aún menos común de uveítis anterior. Debe considerarse como diagnóstico diferencial cuando esta empeora a pesar del tratamiento con corticoides, o frente a la presencia de otros signos de tuberculosis activa en otros sistemas, aunque estos pueden no estar presentes. Para su diagnóstico y tratamiento oportunos, es importante considerar las distintas formas de presentación de la tuberculosis, y que hasta el 60% de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar pueden no presentar enfermedad pulmonar.

PALABRAS CLAVE Dolor Ocular, Retinopatía Diabética, Toxoplasmosis, Tuberculosis, Úvea.

TÍTULO DEL TRABAJO Síndrome de Ekbom, reporte de un caso:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA h. Especialidades (psiquiatría)

AUTOR Solorza Flores Francisco (1)

CO-AUTORES Hirmas Olivares Yasmin (2), Farías Castillo María Ignacia (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Los Quillayes, La Florida, SSMSO
(2) Médico General de Zona, CESFAM Miguel Solar, Paine, SSMS

INTRODUCCIÓN El delirio de parasitosis, también conocido como síndrome de Ekbom, es una condición poco frecuente, pero de un gran impacto en quien lo padece, caracterizada por una ideación delirante de infestación por organismos vivos, con alucinaciones táctiles, visuales y auditivas, que puede llegar a comprometer severamente la funcionalidad, asociándose

habitualmente a episodios de lesiones autoinfligidas, con objetivo de aliviar molestias somáticas y de librarse de dicha infestación. Los síntomas suelen estar precedidos de eventos vitales negativos. En ocasiones, las primeras hipótesis diagnósticas son patologías dermatológicas y deben pasar por varias evaluaciones médicas antes del diagnóstico definitivo, influido por la escasa conciencia de enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO Usuaría de 64 años, sin antecedentes previos de salud mental, sufre evento vital estresante, tras lo cual presenta percepción de infestación por serpientes bajo su piel, en extremidades cuello y torso, con certeza apodíctica de dicha presencia, provocando prurito, disestesia y dolor, y asociado a ello, desánimo, distractibilidad, insomnio y episodios de desorientación. Inició episodios de autolesiones por cortes, con objetivo de quitar dichas serpientes de su organismo. Durante el periodo previo a consultar presentó ideación suicida activa, producto del discomfort generado. La usuaria inició tratamiento en Centro de Salud Familiar, con psicoterapia y uso de psicofármacos. Evolucionó favorablemente, con cese de las alucinaciones luego de un mes de tratamiento. Síntomas remitieron con uso de antidepresivos y antipsicóticos, particularmente sertralina y risperidona. Usuaría firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este tipo de cuadro, a pesar de su baja frecuencia, debe ser conocido y considerado en el diagnóstico diferencial de trastornos delirantes, especialmente cuadro se asocian a compromiso somático y dermatológico. El uso de antipsicótico suele provocar respuestas favorables y rápida remisión de síntomas. También debe considerarse la psicoterapia como un pilar importante en el tratamiento de estos pacientes, particularmente en su manejo en Atención Primaria de Salud.

PALABRAS CLAVE Delirio de Parasitosis, Alucinaciones, Conducta Autodestructiva

TÍTULO DEL TRABAJO CARACTERIZACIÓN DE POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE SANTIAGO. ESTUDIO DESCRIPTIVO:

CLASE Trabajo de Investigación (TI)

CATEGORÍA F) Salud Pública

AUTOR Yon Oyarce Constanza (1)

CO-AUTORES Salas Gianini Roxanna (2), López Aravena Esteban (3), Tomé Sanchez Claudia (4)

AFILIACIÓN	(1) Médica General de Zona, Cefam N°1 Ramón Corbalán Melgarejo. Santiago. (2) Médica General de Zona, Cefam N°1 Ramón Corbalán Melgarejo. Santiago. (3) Médico General de Zona, Cefam N°1 Ramón Corbalán Melgarejo. Santiago. (4) Nutricionista, Encargada de Programa de Salud Cardiovascular, Cefam N°1 Ramón Corbalán Melgarejo. Santiago.
INTRODUCCIÓN	La Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica no transmisible prevalente en Chile, afectando a un 12,3% de la población, generando un alto riesgo cardiovascular. Mediante este estudio se pretende visibilizar características de la población con DM2 atendida durante el año 2024 en el CESFAM N°1 Ramón Corbalán Melgarejo.
MATERIALES Y MÉTODOS	Se revisaron datos correspondientes al año 2024 pertenecientes al CESFAM N°1 Ramón Corbalán Melgarejo. Éstos fueron obtenidos del registro estadístico electrónico Rayen y mediante Microsoft Excel se realizó análisis descriptivo, con previa autorización del director institucional en concordancia con aspectos éticos establecidos.
RESULTADOS	Se atendieron 1807 usuarios con DM2, entre 24 y 96 años, en su mayoría mujeres con un 58.5% del total. Se observó que existe una alta comorbilidad, 76% de los pacientes presentó hipertensión arterial, el 51% dislipidemia y un 1.72% insuficiencia cardíaca. Además, 166 usuarios tenían antecedentes de infarto agudo al miocardio y 107 de accidente cerebrovascular. En cuanto al diagnóstico nutricional, el 30% de los usuarios presentó sobrepeso y 36% obesidad. El 75% no realizaba actividad física y el 16.1% era fumador. En relación a alimentación, 62% no llevaba una dieta adecuada. Respecto a complicaciones micro y macrovasculares de DM2, 74 usuarios (4.10%) presentaron historia de neuropatía diabética, 68 (3.76%) úlcera o amputación, 39 (2.16%) retinopatía diabética y 220 pacientes (12.29%) albuminuria moderada o severa.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Los hallazgos del estudio evidencian una población de alta complejidad con múltiples comorbilidades y factores de riesgo modificables. Esto resalta la necesidad de un abordaje integral y multidisciplinario en el manejo de la DM2, enfocándose en la promoción de estilos de vida saludables y el manejo oportuno de complicaciones. Este estudio proporciona información valiosa para orientar estrategias de atención y gestión de la DM2 en este establecimiento, sirviendo como referencia para otros centros.
PALABRAS CLAVE	Características, Diabetes mellitus tipo 2, Población.

TÍTULO DEL TRABAJO	AUTOCUIDADO COMO FORMA DE PREVENCIÓN DEL DETERIORO DE LA SALUD MENTAL (SM), MEDICINA CON ENFOQUE EN SALUTOGENESIS:
CLASE	TRABAJO DE INVESTIGACIÓN (TI)
CATEGORÍA	a)Medicina Familiar
AUTOR	Palma Montero, Constanza Sofia (1)
CO-AUTORES	Villatoro Briceño, Tamara Antonia (2), Garrido Escárate, Bárbara Garrido (3).
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Diputado Manuel Bustos Huerta, San Antonio (2) Médico General de Zona, CESFAM Diputado Manuel Bustos Huerta, San Antonio (3) Médico General de Zona, CESFAM Diputado Manuel Bustos Huerta, San Antonio
INTRODUCCIÓN	Este estudio aborda la SM enfocándose en intervenciones específicas fuera de la atención en salud habitual. Los usuarios presentan factores de riesgo (FRD) y patologías asociadas a contextos sociales, familiares y personales, dejando de lado su autocuidado. Esto perpetúa el deterioro y abandono propio. Se explora un enfoque alternativo: educación y autocuidado para promover SM y controlar enfermedades crónicas no transmisibles. El estudio se realiza en un equipo de salud que usa intervenciones mediante talleres manuales. Los objetivos fueron: - Identificar usuarios con FDR que deterioran funcionalidad y calidad de vida. - Educar y crear hábitos de autocuidado replicables en entorno diario, buscando prevenir y promover buena SM a largo plazo - Identificar factores de riesgo no modificables y acompañamiento en estos.
MATERIALES Y MÉTODOS	Se seleccionaron usuarios de un Centro Comunitario de Salud Familiar que presentaran factores de riesgos planteados y tuvieran interés en actividades grupales, quienes se invitaron a “taller de autocuidado”. La edad promedio fue de 65 años, iniciando 12 usuarios, con participación promedio de 6-7 personas, con quienes se planificó ciclos de talleres de manualidades, creando un espacio seguro para el crecimiento personal a través de la creatividad y el aprendizaje.

RESULTADOS	Se evaluó la autopercepción de SM de usuarios, evidenciando mayor confianza, empatía y autoestima, junto con la priorización del autocuidado y desarrollo de salutogenesis. Además, los participantes discutieron temas personales no abordados en consultas médicas o psicológicas, disminuyendo labilidad emocional, rumiación, miedo al error y ansiedad.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Los talleres grupales de autocuidado con actividades manuales impactan positivamente la SM. Fomentan ambiente de apoyo y hábitos de autocuidado, mejoran regulación emocional, reducen ansiedad y fortalecen relaciones interpersonales. Este enfoque innovador contribuye a futuras intervenciones, destacando la importancia de abordar FDR no modificables mediante educación y autocuidado para promoción de SM, salutogenesis y mejor calidad de vida, siendo replicable en otros centros a futuro.
PALABRAS CLAVE	Arteterapia, Autocuidado, Salud Mental, Salutogenesis.
TÍTULO DEL TRABAJO	TRÁNSITO A LA MEDIANA COMPLEJIDAD: EL CASO DE HOSPITAL CALBUCO.
CLASE	Trabajo de Investigación
CATEGORÍA	f) Salud Pública
AUTOR	Alonso Figueroa Diego (1)
CO-AUTORES	Arriagada Canto Isabel (1), Ordoñez Cabrera Mario (1)
AFILIACIÓN	Médico/a General de Zona, Hospital de Calbuco, Calbuco.
INTRODUCCIÓN	Los Hospitales de Baja Complejidad (HBC) son establecimientos esenciales en la Salud Pública del país. Su desarrollo ha estado limitado a prestaciones de baja resolutiveidad, debido al marco regulatorio vigente. Hospital Calbuco ha desarrollado una estrategia para aumentar de forma sostenida la complejidad de sus prestaciones y transitar así a la mediana complejidad.
OBJETIVOS	Establecer el marco normativo de los HBC, la complejidad del Hospital Calbuco (HC) y exponer la estrategia de tránsito a la mediana complejidad de este centro asistencial.
MATERIALES Y MÉTODOS	Se realiza un estudio cualitativo a través de la técnica de revisión documental para establecer el marco normativo vigente de los HBC. Se confecciona un cuadro comparativo entre los criterios establecidos de complejidad hospitalaria por la norma 150 y la realidad del HC.

Se expone la estrategia utilizada por HC para transitar a la mediana complejidad.

RESULTADOS El marco normativo de los HBC se encuentra desactualizado. HC cumple con criterios de un establecimiento de mediana complejidad. Cuenta con 34 camas (70% cuidados medios) y realiza diversas prestaciones de especialidad, entre las que destacan Cirugía Mayor Ambulatoria, Endoscopia, Unidad de Patología Mamaria, Programa Ambulatorio Intensivo de Alcohol y Drogas, Odontología de especialidad, entre otros. La estrategia de tránsito ha sido multidimensional y con múltiples actores.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN El marco regulatorio de los HBC dificulta la implementación de nuevas prestaciones. HC es un establecimiento de mediana complejidad, a pesar de ello, aún no es reconocido como tal. El trabajo conjunto entre la comunidad usuaria, funcionaria, equipo directivo y el Servicio de Salud permite tensionar los límites administrativos y desarrollar mayor complejidad y resolutiveidad en este tipo de establecimientos. Ante las necesidades de la población, se debe revisar la normativa vigente y facilitar el desarrollo de estos centros asistenciales.

PALABRAS CLAVE Gestión en Salud, Hospitales rurales, Planificación Hospitalaria

TÍTULO DEL TRABAJO EL DOLOR SILENCIOSO, UN HALLAZGO ÓSEO INESPERADO EN UNA ADOLESCENTE:

CLASE h) Especialidades: Traumatología

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Bascuñán Vallejos Juan Pablo (1)

CO-AUTORES Maturana Mahave Javiera (1), Mariñan Maribur Daniela (2)

AFILIACIÓN (1)Médico general de zona, Hospital Santa Barbara, Santa Barbara
(2)Médico general, Hospital Santa Barbara, Santa Barbara

INTRODUCCIÓN El dolor óseo persistente en adolescentes, sin antecedentes traumáticos claros y en zonas no habituales, puede ser un desafío diagnóstico. Las lesiones radiolúcidas son hallazgos radiológicos que pueden sugerir una variedad de patologías óseas, desde condiciones benignas hasta procesos malignos. Una evaluación adecuada y sospecha ante estos casos es esencial para determinar el diagnóstico y el tratamiento adecuado, con el fin de evitar complicaciones a largo plazo.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 16 años sin antecedentes de traumatismo, consulta por dolor en antebrazo izquierdo de 4 meses de evolución, progresivo e intermitente, sin otros síntomas acompañantes. Dado el dolor persistente y su edad pediátrica, se realizó una radiografía de antebrazo, que evidenció una lesión radiolúcida en la región distal del radio con deformación ósea. Se remitió a traumatología, donde se completó el estudio con resonancia magnética y biopsia ósea, confirmando el diagnóstico de un quiste óseo aneurismático. Se optó por tratamiento quirúrgico con curetaje y relleno con injerto óseo, logrando una recuperación favorable. En el seguimiento a seis meses, la paciente presentó consolidación ósea adecuada y resolución del dolor.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Las lesiones óseas radiolúcidas en adolescentes requieren un abordaje diagnóstico meticuloso para diferenciar patologías benignas de condiciones agresivas. El quiste óseo aneurismático es una entidad benigna pero localmente agresiva, cuyo tratamiento quirúrgico suele ofrecer buenos resultados funcionales. Es importante en pacientes jóvenes con dolor óseo crónico, considerar como diagnóstico diferenciar estas patologías para dar un tratamiento oportuno y evitar mayor compromiso óseo.
PALABRAS CLAVE	Masas óseas, Dolor Crónico, Traumatología
TÍTULO DEL TRABAJO	TUBERCULOSIS PULMONAR Y ESPINAL; MAL DE POTT, PRIMER CASO DIAGNOSTICADO DE TUBERCULOSIS EN POSTA DE SALUD RURAL COLLIGUAY:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	B) Medicina Interna
AUTOR	Tobar Arancibia Francisco (1)
CO-AUTORES	Riquelme Reyes Camila (1) Orellana Villarroel Nicolás (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM de Quilpué, Quilpué (2) Médico General de Zona, Hospital de Peñablanca, Villa Alemana
INTRODUCCIÓN	El mal de pott (MP) o tuberculosis espinal (TE) es una infección espinal causada por la tuberculosis (TBC) que disemina a tejidos adyacentes a los cuerpos vertebrales generando estrechamiento del espacio discal y potencialmente colapso vertebral. Es la forma más peligrosa de tuberculosis osteoarticular. Sin tratamiento, puede ocasionar déficits

neurológicos, deformidad espinal o dolor intratable. Es un desafío diagnóstico dado su clínica inespecífica y retraso en la sospecha diagnóstica.

PRESENTACIÓN DEL CASO Masculino de 39 años con policonsumo de drogas y lumbago irradiado a miembros inferiores sin estudio ni causa filiada de larga data, contacto de paciente fallecido por tuberculosis pulmonar con quien consumía marihuana y pasta base. En estudio de contactos con radiografía de tórax alterada, estudiándose con tomografía computada de Tórax que informa patrón en árbol en brote y cavitaciones pulmonares apicales bilaterales sugerentes de TBC pulmonar. El estudio microbiológico fue negativo para biología molecular de TBC, sin embargo, ante la alta sospecha clínica se solicita cultivo, siendo positivo para TB, iniciándose tratamiento con fase intensiva. En contexto de persistencia, empeoramiento de dolor lumbar y debilidad de miembros inferiores, es derivado a urgencias, donde se diagnostica como MP con resonancia magnética, manejándose hospitalizado con uso de antituberculosos endovenosos por 10 días. Completa 36 semanas de tratamiento en total con buena respuesta, negativización de bacteriología y resolución de TE.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El MP debe ser sospechado precozmente estando presente los factores de riesgo que la generan como el antecedente de tuberculosis pulmonar concomitante al dolor lumbar, el consumo de drogas, dolor lumbar refractario a tratamiento sumado a irradiación del dolor y síntomas neurológicos asociados. Evitándose de esta manera generar comorbilidad asociada y secuelas funcionales graves. Su tratamiento es con antituberculosos en regímenes que varían de 6-9 meses pero que podrían incluso prolongarse a 12 meses según respuesta, requiriendo con menos frecuencia un manejo quirúrgico.

PALABRAS CLAVE Tuberculosis pulmonar, Tuberculosis Osteoarticular, Tuberculosis espinal

TÍTULO DEL TRABAJO UN DÍA DE TRABAJO, UNA SEMANA DE HOSPITAL: RABDOMIÓLISIS POR SOBRESFUERZO FÍSICO:

CLASE Medicina Interna

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Oyarzún Aravena Catalina (1)

CO-AUTORES	Crisóstomo Barra Bastián (2), Roig Barria Cristian (3), Soto Cerda Hernán (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Cesfam las Colinas, Padre Las Casas (2) Médico general de zona, Posta Salud Rural Metrenco, Padre las Casas. (3) Médico general de zona, Cesfam Pedro de Valdivia, Temuco. (4) Médico general Consultorio Miraflores, Temuco.
INTRODUCCIÓN	La rabdomiólisis es una condición clínica y bioquímica caracterizada por la destrucción del músculo esquelético, con liberación del contenido intracelular al torrente sanguíneo. Sus causas son variadas, siendo las más comunes los traumatismos, ejercicio físico intenso, consumo de alcohol y drogas. Clínicamente puede manifestarse con mialgias, debilidad muscular y orina oscura (coluria). El diagnóstico se confirma con niveles de creatinquinasa (CK) cinco veces superiores al valor normal (>1000 U/L), está se correlaciona directamente con el riesgo de desarrollar complicaciones graves, especialmente renales.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Varón venezolano de 18 años, sin antecedentes patológicos ni consumo de sustancias que, tras su primera jornada laboral de 12 horas continuas de esfuerzo físico cargando y descargando mercadería como feriante, consultó por dolor lumbar intenso y coluria, sin otros síntomas sistémicos. Al examen físico obesidad mórbida y dolor muscular principalmente en región lumbar alta. Los exámenes mostraron leucocitosis (20.690), proteína C reactiva 34 mg/L, creatinina en 2,2 mg/dL, transaminasas elevadas (aspartato y alanina transaminasa de 1836 y 329 respectivamente), CK total 126.694 U/L, electrolitos dentro de rango, orina no inflamatoria con proteinuria significativa (>300 mg/dL) y hemoglobinuria escasa. Se hospitalizó para hidratación intravenosa llegando hasta creatinina de 2.9 mg/dl, preservando diuresis. Estudio virológico e inmunológico negativo. Se indica alta dado mejoría clínica. Se firma consentimiento informado.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La intensidad y duración del ejercicio especialmente en individuos poco acondicionados y con hidratación inadecuada, incrementa su riesgo. Los niveles de CK se elevan entre 12-36 horas tras el esfuerzo, alcanzando su peak al 3er-4to día. Aunque en la mayoría de los casos el manejo es ambulatorio, debe descartarse morbilidad asociada dado que hasta un 30% pueden presentar insuficiencia renal que requiere hospitalización. Tratamiento debe ser precoz, basado en fluidoterapia intensiva, apoyo nutricional, reservando otras intervenciones para casos seleccionados.

PALABRAS CLAVE	Insuficiencia renal, Mialgia, Rabdomiólisis.
TÍTULO DEL TRABAJO	Urticaria crónica producto a parasitosis intestinal:
CLASE	h) Especialidades (Dermatología)
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	Vives Cárcamo Laura (1)
CO-AUTORES	Henríquez Hernández Daniela (2), Neira Ribes Pedro (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General, Cesfam Manuel Ferreira Guzmán, Ancud. (2) Médico General, Hospital de Loncoche, Loncoche. (3) Médico General, Cesfam Manuel Ferreira Guzmán, Ancud.
INTRODUCCIÓN	La urticaria crónica (UC) es una consulta frecuente en la práctica médica. Se define como una erupción cutánea caracterizada por habones, generalmente pruriginosos, y puede acompañarse de angioedema. Existe una amplia variedad de causas. La asociación entre la UC y la presencia de parasitosis intestinal es un área de estudio relativamente reciente. Se ha demostrado una asociación entre las manifestaciones cutáneas y la infección por <i>Blastocystis</i> spp., como síntoma. Este parásito es común, siendo la parasitosis más prevalente a nivel mundial. La patogenia aún no está completamente clara, pero se han propuesto tres mecanismos: el desarrollo de hipersensibilidad tipo I, las alteraciones del microbioma intestinal y los cambios en los perfiles de expresión de los microácidos ribonucleicos circulantes.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 55 años que presenta, desde hace tres meses, erupción cutánea habonosa, generalizada y pruriginosa, acompañada de edema de mucosas. Se realizaron múltiples estudios reumatológicos y metabólicos, todos con resultados negativos. Se inició tratamiento con rupatadina y montelukast, con respuesta deficiente. Además, la paciente refiere dolor abdominal recurrente asociado a diarrea ocasional. Debido a estos síntomas, se solicitó un examen parasitológico seriado, que evidenció <i>Blastocystis hominis</i> . Se inició tratamiento con metronidazol, lo que resultó en la erradicación del parásito y la desaparición de la sintomatología. Se publica la siguiente información posterior a la firma del consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La urticaria es una manifestación cutánea frecuente en la práctica médica, por lo que es importante conocer sus causas, incluyendo la presencia de parasitosis, siendo Blastocystis spp. una de las más comunes.
PALABRAS CLAVE	Blastocystis, parositosis, urticaria
TÍTULO DEL TRABAJO	URTICARIA SOLAR: REPORTE DE CASO Y DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	(h) Especialidades (Dermatología)
AUTOR	Bendek Venegas Carolina (1)
CO-AUTORES	Crespo Mendoza María (2) Carrera Flores Florencia (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF, CESFAM Cunaco, Nancagua (2) Médico cirujano, CESFAM Lo Franco, Santiago (3) Médico EDF, CESFAM Las Américas, Talca
INTRODUCCIÓN	La urticaria solar es una fotodermatosis infrecuente desencadenada por radiación ultravioleta (UV) o luz visible. A pesar de su baja prevalencia, puede ser altamente incapacitante. En atención primaria, el acceso a estrategias terapéuticas completas es limitado, lo que dificulta una respuesta sostenida.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 33 años, antecedente de rinitis alérgica, consultó por erupciones eritematosas pruriginosas en espalda, cuello y hombros, que aparecieron tras exposición solar directa por más de dos minutos, sin afectación de brazos (área fotoexpuesta regularmente). Cuadro desde hace más de 10 años, sin síntomas sistémicos. Previamente había recibido tratamientos con múltiples antihistamínicos y corticoides, sin lograr mejoría. En esta oportunidad se instauró tratamiento con antihistamínicos H1 de segunda generación, exposición solar progresiva de áreas afectadas y corticoides en dosis bajas. Al tercer día se observó mejoría parcial, y al quinto día logró tolerar una hora de exposición al sol sin lesiones. Tras interrumpir la exposición por algunos días, y volver a exponerse al sol reaparecieron los síntomas. El diagnóstico clínico de urticaria solar se estableció por la evolución típica. Se obtuvo consentimiento informado para la presentación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso refleja las dificultades en el manejo de la urticaria solar desde atención primaria, donde el acceso a fototerapia de desensibilización o terapias biológicas suele ser limitado. El diagnóstico clínico se basa en la historia característica y puede confirmarse mediante pruebas de fotoprovocación, siendo la luz visible el desencadenante más común. El manejo inicial se basa en fotoprotección y antihistamínicos, reservando la fototerapia progresiva para casos persistentes. Omalizumab ha demostrado ser útil en pacientes refractarios. El uso de corticoides sistémicos no es parte del tratamiento estándar, aunque pueden considerarse en brotes agudos o como complemento en esquemas breves. Este caso destaca la importancia de ampliar el acceso terapéutico en APS para patologías dermatológicas de baja frecuencia, pero alto impacto.
PALABRAS CLAVE	Dermatosis, Radiación ultravioleta, Urticaria
TÍTULO DEL TRABAJO	UTILIDAD DE TELEDERMATOLOGÍA EN DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA CRÓNICA EN CONTEXTO DE RURALIDAD:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Psiquiatría, entre otros)
AUTOR	Estay Pérez Sebastián (1)
CO-AUTORES	Apablaza Rohland Francisca (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF (Etapa de Destinación y Formación), Departamento de Salud Municipal (DESAM) Vicuña, Vicuña. (2) Médica EDF (Etapa de Destinación y Formación), Centro de Salud Familiar (CESFAM) Los Álamos, Los Álamos.
INTRODUCCIÓN	Las lesiones cutáneas crónicas y de diversa morfología en pacientes con comorbilidades cardiovasculares y metabólicas plantean un reto diagnóstico en atención primaria. Se reporta un paciente adulto con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica, dislipidemia y obesidad, portador de máculas hiperpigmentadas, hiperqueratósicas y úlceras costrosas, con evolución de 2 años. El objetivo es demostrar el aporte de la tele dermatología para orientar el diagnóstico diferencial y el manejo en un entorno de recursos limitados.

PRESENTACIÓN DEL CASO Hombre de 50 años con antecedentes mencionados, consultó por lesiones cutáneas generalizadas iniciadas en 2023. Refiere máculas eritematosas que evolucionan a úlceras costrosas y curan dejando máculas hiperpigmentadas residuales, de patrón circular; pruriginosas y dolorosas, sin supuración, cuya distribución predomina en extremidades inferiores. Exámenes de laboratorio mostraron reagin plasmática rápida (RPR) no reactivo, virus de inmunodeficiencia humano negativo, anemia normocítica normocrómica, glicemia elevada, hemoglobina glicada de 9,7 %, y parámetros hepáticos, lipídico, renal, electrolitos y factor reumatoideo normales. Se solicitó teledermatología; el especialista sugirió vasculitis livedoide por distribución y morfología. Indicaciones: urea 10% dos veces al día y clobetasol 0,05% durante 3-4 semanas, más curaciones interdiarias. Tras varias semanas, las lesiones remitieron parcialmente y mejoró el prurito y dolor.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La vasculitis livedoide es una dermatosis crónica en que se deben descartar causas infecciosas, reumatológicas y metabólicas. En pacientes con comorbilidades, la teledermatología optimiza el acceso a la evaluación especializada, permitiendo un diagnóstico temprano y priorizando evaluación presencial. Este caso destaca: La necesidad de abordar factores de riesgo sistémicos, la eficacia de terapias tópicas combinadas y curaciones locales, y por sobre todo, la utilidad de la evaluación remota para orientar biopsia o tratamiento empírico. El reporte refuerza el rol de la teledermatología como herramienta en patologías cutáneas, mejorando la calidad de vida del paciente, a la espera del diagnóstico etiológico.

PALABRAS CLAVE Dermatitis, Teledermatología, Vasculitis livedoide

TÍTULO DEL TRABAJO UTILIZACIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y SU CUMPLIMIENTO DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

CLASE Trabajo de investigación (TI)

CATEGORÍA f) Salud Pública

AUTOR Saldías Moatte Miguel (1)

CO-AUTORES Henríquez Matta Javiera (1), Grigolo Jauregui Stefano (2), Segovia Barria Ismael (3)

AFILIACIÓN (1) Médico general de zona, CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo, Alto Hospicio (2) Médico general de zona, Centro Comunitario de

Rehabilitacion, Alto Hospicio. (3) Médico general de zona, CESFAM San Pedro, Quillota.

INTRODUCCIÓN	La Enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo crónico y progresivo. Su sintomatología incluye temblor de reposo, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural, lo que genera pérdida de funcionalidad y con ello la necesidad de incorporar ayudas técnicas (AT) para favorecer la autonomía y prevención de caídas. En Chile, las garantías explícitas en salud (GES) contemplan la entrega de AT a personas con EP dentro de un mes desde la indicación médica. Se realizó un análisis local con el objetivo de evaluar la entrega de estas garantías en la práctica clínica.
MATERIALES Y MÉTODOS	Estudio observacional descriptivo. Se revisaron las prestaciones de AT entregadas a pacientes con EP durante el año 2024 en el Centro de Rehabilitación Comunal de Alto Hospicio. Se analizaron variables como rango etario, tipo de AT entregada y tiempos de entrega. Los datos fueron recopilados desde registros internos y procesados mediante Microsoft Excel®.
RESULTADOS	Se identificó que 100% de pacientes diagnosticados con EP presentaban indicación de AT, siendo la silla de ruedas estándar el dispositivo más otorgado con 29% del total. La edad promedio de los beneficiarios fue 75 años. Se observó que el 95% de las AT fueron entregadas dentro del plazo establecido por normativa GES.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Se evidenció una estrecha relación entre diagnóstico de EP e indicación de AT, destacando la silla de ruedas estándar como la más demandada, con un cumplimiento de plazos adecuado. La alta frecuencia de necesidad de órtesis, podría reflejar una mayor proporción de pacientes en fases avanzadas de la enfermedad, lo que abre interrogantes respecto al momento de diagnóstico y derivación. Esto enfatiza la necesidad de fortalecer el tamizaje y derivación oportuna desde atención primaria. A futuro, sería relevante ampliar estos estudios a otras regiones del país y comparar los resultados para evaluar la equidad en la implementación del GES en EP.
PALABRAS CLAVE	Aparatos ortopédicos, Enfermedad de Parkinson, Silla de Ruedas.

TÍTULO DEL TRABAJO	VASCULITIS ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ESPECÍFICOS PROTEINASA 3 CON COMPROMISO OCULAR GRAVE: DIAGNÓSTICO Y MANEJO MULTIDISCIPLINARIO
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	Especialidades (Oftalmología) (h)
AUTOR	Ojeda Cifuentes Gonzalo Ignacio (1)
CO-AUTORES	González Schumacher, Diego Ignacio (2) Donoso Echeverría Luz María (3) Aravena Solar Joselin Del Carmen (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF CESFAM Hualqui, Servicio Salud Concepción (2) Médico APS CESFAM Valle la Piedra, Chiguayante. (3) Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.
INTRODUCCIÓN	La vasculitis asociada a anticuerpos anticito plasma de neutrófilos específicos de la proteinasa 3 (ANCA-PR3) son enfermedades autoinmunes raras, potencialmente fatales si no se tratan oportunamente. Se ha vinculado principalmente a granulomatosis con poliangéitis, cursando con compromiso multiorgánico. El compromiso oftalmológico como forma de presentación puede ser indicativo de afectación sistémica grave. Se presenta una paciente con diagnóstico de vasculitis ANCA-PR3 con compromiso ocular grave, pulmonar y neurológico, destacando el enfoque diagnóstico y terapéutico multidisciplinario.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 57 años, con antecedente de parálisis facial izquierda, sin antecedentes inmunológicos relevantes, consulta en Urgencia por ojo rojo izquierdo, dolor ocular y baja de agudeza visual. Evoluciona con esclerouveitis necrotizante izquierda y antecedente de parálisis facial periférica ipsilateral. Se hospitaliza por sospecha de vasculitis. En estudios destaca: ANCA-PR3 >100, quantiferon positivo, velocidad de eritrosedimentación 71, nódulo pulmonar en lóbulo superior izquierdo en aumento (13x10mm), sin compromiso renal ni digestivo. Se realiza fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar y Genexpert de mycobacterium tuberculosis, cultivo negativo. Se inicia manejo con metilprednisolona 1g por 3 días, prednisona 60 mg/día y un pulso de ciclofosfamida. Se planifica inmunosupresión con rituximab posterior a quimioprofilaxis de tuberculosis (TBC) rifapentina/isoniacida por 12 semanas. Se documenta franca mejoría ocular y general. Actualmente en seguimiento por reumatología, oftalmología y broncopulmonar.

Resonancia Nuclear Magnética cerebral
Se autoriza el caso por consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso destaca la importancia del reconocimiento temprano de manifestaciones atípicas de vasculitis ANCA-PR3, como esclerouveitis severa y neuropatía craneal, lo que permite diagnóstico y tratamiento oportuno. La coordinación multidisciplinaria fue clave, incorporando oftalmología, reumatología, broncopulmonar y neurología para su manejo. La identificación TBC latente condicionó el inicio secuenciado de inmunosupresores. Se plantea como ejemplo de manejo de enfermedades sistémicas complejas en contexto de recursos limitados. Evolución favorable con inmunosupresión controlada y seguimiento ambulatorio.

PALABRAS CLAVE Vasculitis, Ciclofosfamida, Escleritis, Tuberculosis Latente, Anticuerpos Anticitoplasma de Neutrófilos.

TÍTULO DEL TRABAJO VASCULITIS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILO (ANCA), UN DIAGNÓSTICO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Jiménez Bustos Gabriela (1)

CO-AUTORES Araya Vásquez Tatiana (3), Caro Pino Javiera (2), Habibi Zahra (4)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Licantén con desempeño en Departamento de salud municipal de Licantén, Licantén, Maule. (2) Médico General de zona, Hospital de Licantén con desempeño en Departamento de salud municipal de Vichuquén, Vichuquén, Maule. (3) Médico General de Zona, Hospital de San Javier, San Javier, Maule. (4) Interna de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Región Metropolitana.

INTRODUCCIÓN Vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) son vasculitis primarias de vasos pequeños, principalmente Granulomatosis con poliangitis (GPA) con incidencia 2 a 13 casos por millón y Poliangitis microscópica (MPA) con tasa de incidencia 1.25 a 18.2 por millón. Tiene un tiempo promedio de 6 meses desde el inicio de los síntomas al diagnóstico y tratamiento, lo que se asocia a mayor mortalidad y secuelas. Se busca resaltar la importancia de la sospecha diagnóstica desde la atención primaria (APS).

PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer, 47 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en APS por cuadro de prurito ocular y tos seca. Un mes después, síntomas progresan a ojo rojo profundo bilateral y dolor lumbar. Oftalmología particular indica tratamiento por uveítis infecciosa. Al segundo mes acude a Urgencia (SU) por tos persistente, con Proteína C reactiva (PCR) 141, leucocitosis, e imagenología compatible, se diagnostica Neumonía y se inicia antibiótico. Acude a control en APS tras 7 días, con taquicardia y baja de peso objetivada. Se deriva a SU, donde persiste con parámetros inflamatorios elevados, trombocitosis, insuficiencia renal progresiva, sin hematuria. Se indica nuevo antibiótico. Al control mantiene parámetros similares con Proteinuria significativa (Relación Albuminuria/Creatininuria 613). Se intenta derivación para estudio, pero se rechaza por estabilidad hemodinámica. Ingresa al día siguiente al hospital de referencia por Sepsis de foco respiratorio. Tras falla de respuesta, se complementa estudio, con anticuerpo anti mieloperoxidasa (MPO) positivo. Se inicia tratamiento con Metilprednisolona. Se egresa con Ciclofosfamida endovenosa mensual y seguimiento por Reumatología.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La vasculitis ANCA requiere diagnóstico precoz para reducir mortalidad y secuelas, pero su baja incidencia dificulta la sospecha clínica. Son usuarios que consultan múltiples veces en distintos servicios, sin la necesaria continuidad de atención que requiere el caso y con dificultades técnicas y administrativas que ponen en riesgo su salud y confianza en el sistema.
PALABRAS CLAVE	Atención primaria, Medicina Interna, Vasculitis
TÍTULO DEL TRABAJO	HEMATOMA SUBDURAL RECIDIVANTE EN ADULTO MAYOR: HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL COMO CAUSA ATÍPICA DE RESANGRADO
CLASE	h) Especialidades (Neurocirugía)
CATEGORÍA	Caso clínico (cc)
AUTOR	BRAVO-IRATCHET MARENGO BAKTHI LUNA (1)
CO-AUTORES	MARZULLO SOTOMAYOR ISIDORA (1) ZAMORA VERA JAVIERA (1) CANTOS SIBRI JOSSELYNE (2)
AFILIACIÓN	(1) Médica general de zona, CESFAM RECREO, San Miguel, Servicio de Salud Metropolitano Sur

(2) Médica general de zona, CESFAM EEF, Pedro Aguirre Cerda, Servicio de Salud Metropolitano Sur

INTRODUCCIÓN Los hematomas subdurales crónicos (HSD) en adultos mayores típicamente se asocian a traumatismos craneales leves. Presentamos un caso atípico de HSD recidivante secundario a hipotensión intracraneal por fuga de LCR, donde el manejo inicial quirúrgico y endovascular fracasó, requiriendo un parche de sangre epidural como solución definitiva.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 84 años, con dislipidemia, sin trauma reciente quien acude al servicio de urgencia por cefalea, bradipsiquia y paresia facial. La TC cerebral de ingreso evidenció HSD bilateral, que se manejó con drenaje quirúrgico. Evolucionó favorablemente y se dio de alta. A los 7 días del alta acude a urgencia por reaparición de síntomas. Nueva TC mostró resangrado bilateral el cual se maneja con embolización de arterias meningeas medias, con éxito inicial y alta post cirugía. Siete días post-embolización, presenta una vez más los mismos síntomas. Se solicita RM de cerebro y columna total la cual reveló engrosamiento paquimeníngeo, realce meníngeo y HSD persistentes, sugiriendo hipotensión intracraneal por fuga de LCR. Se realiza parche de sangre epidural. Evoluciona satisfactoriamente y se da de alta asintomático, con TC de control a 1 mes que mostró HSD en vías de absorción sin nuevos sangrados.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La RM con realce meníngeo fue crucial para identificar la hipotensión intracraneal como causa subyacente. El parche de sangre resolvió la fuga de LCR, evitando recurrencias. Destaca la importancia de descartar etiologías no traumáticas en HSD recidivantes. Se recomienda en HSD atípicos, incluir RM con realce y medición de presión de LCR en el estudio y no dejar de lado otros diagnósticos diferenciales no tan comunes.

PALABRAS CLAVE Hematoma Subdural Crónico, Hipotensión Intracraneal, Parche de Sangre

TÍTULO DEL TRABAJO IMPACTO DE TERAPIA DE BOSQUE SOBRE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN ADOLESCENTES PUERTO AYSÉN: ESTUDIO DE CASOS.

CLASE Trabajo de Investigación (TI)

CATEGORÍA a) Medicina Familiar

AUTOR Díaz González, Rodrigo (1)

CO-AUTORES	Morales Ferrer, Belén (1) Bertrand Zárate, Francisca (1)
AFILIACIÓN	CESFAM Puerto Aysén
INTRODUCCIÓN	Los síntomas ansioso-depresivos son comunes en los adolescentes. La terapia de bosque es una práctica basada en la naturaleza que tiene evidencia de impacto sobre estos síntomas. Se realizó un estudio de casos para evaluar el efecto de sesiones repetidas de terapia de bosque sobre síntomas ansioso-depresivos en adolescentes de 15 a 19 años en Puerto Aysén. El objetivo fue evaluar si un esquema bimensual de Terapia de Bosque basado en el método de la Asociación de Terapia de Bosque y Naturaleza (ANFT), disminuye síntomas de ansiedad, depresión y estrés en adolescentes. Se espera que los resultados justifiquen un estudio prospectivo caso-control en la región.
MATERIALES Y MÉTODOS	Se realizó un muestreo por conveniencia mediante inscripción voluntaria en dos liceos de Puerto Aysén. Las sesiones consistieron en jornadas de 2 horas de duración de terapia de bosque guiadas por una profesional certificada por la ANFT, repetidas cada 2 semanas por 3 veces en la Reserva Nacional Río Simpson. Los síntomas se evaluaron mediante la Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) antes de la intervención y una semana después de cada sesión. No se estimaron los tamaños de efecto debido al tamaño muestral reducido.
RESULTADOS	De 7 inscritos, solo 2 participantes completaron el esquema. La diferencia promedio en la escala DASS-21 antes de la primera sesión y una semana después de la tercera sesión fue de 11,5 para ansiedad, 9 para depresión y 12 para estrés.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Se observa una reducción abrupta en los puntajes de la escala DASS-21 al término del esquema propuesto, con resultados cercanos a 0 en las 3 subescalas. Se sugiere realizar un estudio con muestreo aleatorizado y de mayor tamaño muestral para valorar tamaños de efecto significativos. Se concluye que esta intervención podría tener un valor preventivo costo-efectivo y servir como introducción a prácticas contemplativas en el aula.
PALABRAS CLAVE	Ansiedad, Depresión, Estrés Psicológico, Salud del Adolescente, Terapia de Bosque.
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO, PESQUISA EN VISITA DOMICILIARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	Bustamante Hernández Juan (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Norman Voullieme, Santiago.
TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO, PESQUISA EN VISITA DOMICILIARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
INTRODUCCIÓN	El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una entidad idiosincrática grave, asociada al uso de antagonistas dopaminérgicos, caracterizada por hiperpirexia, rigidez extrapiramidal, alteración del estado mental y disautonomía. Aunque es más frecuente con antipsicóticos típicos, también puede presentarse con fármacos atípicos. Su diagnóstico oportuno es crucial para prevenir desenlaces graves. Su incidencia ha disminuido con el uso de antipsicóticos de segunda generación, pero su mortalidad aún alcanza entre el 10 y 20%, especialmente en casos no reconocidos precozmente. Este caso clínico reviste importancia por su presentación clásica y rápida progresión. Además, resalta la necesidad de vigilancia clínica ante cambios súbitos en pacientes bajo tratamiento antipsicótico, así como la intervención oportuna desde atención primaria y secundaria.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 49 años, diagnóstico de esquizofrenia paranoide, en tratamiento con haloperidol y risperidona. Durante visita domiciliaria médica desde atención primaria, se evidencia rigidez muscular generalizada, hipertermia (39,4°C), diaforesis, taquicardia y obnubilación. Familiar refiere síntomas progresivos de 72 horas de evolución. Se plantea diagnóstico presuntivo de SNM y se deriva a urgencias. En hospital se confirma SNM, que al control con creatinfosfoquinasa > 11.000 U/L, leucocitosis y deshidratación. Se instauro manejo con suspensión de antipsicóticos, fluidoterapia, antipiréticos, bromocriptina y soporte en Unidad de cuidados intensivos. Presenta mejoría clínica progresiva en 96 horas. Posteriormente, se ajusta el esquema terapéutico con introducción gradual de antipsicóticos atípicos a dosis mínima efectiva. Al alta clínica, se establece plan de seguimiento clínico coordinado entre atención primaria y psiquiatría adulto a nivel secundario, con énfasis en farmacovigilancia y prevención de recurrencias.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso evidencia la relevancia de la pesquisa activa en atención primaria ante signos de disfunción neurológica en usuarios de antipsicóticos. El diagnóstico precoz permitió una intervención efectiva,

reduciendo complicaciones. La coordinación entre niveles asistenciales favorece la continuidad terapéutica, pronóstico, intervenciones oportunas y previene recurrencias del SNM en pacientes vulnerables.

PALABRAS CLAVE	Síndrome neuroléptico maligno, antipsicóticos, atención primaria.
TÍTULO DEL TRABAJO	TRASTORNO DELIRANTE, TIPO PERSECUTORIO, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	Bustamante Hernández Juan (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Dr. Norman Voullieme, Santiago.
INTRODUCCIÓN	El Trastorno Delirante (TD) es poco frecuente, se caracteriza por ideas delirantes cuyo contenido puede ser de tipo persecutorio, celotipia, erotomaníaco, somática y de grandeza. De inicio insidioso con tendencia a la cronicidad, altera la conducta, la funcionalidad del individuo y sus relaciones interpersonales. De etiología desconocida, el diagnóstico se realiza mediante la clínica y el tratamiento en la actualidad proporciona una respuesta limitada. La importancia del caso clínico reside en que es una patología poco prevalente y menos conocida por los profesionales del área de salud, por lo que es necesario dar a conocer casos como este, proporcionando información para un diagnóstico temprano con tratamiento oportuno, con el fin de mejorar el pronóstico y la calidad de vida del paciente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 53 años, biotecnóloga, sin antecedentes psiquiátricos previos, se presenta en control de salud mental, luego de una evaluación inicial por morbilidad y con sospecha de TD. Es traída por su pareja debido a ideas persistentes de persecución de 2 años de evolución, con denuncias reiteradas por supuesto acoso de parte de vecinos y de que quieren intoxicarla con el humo de marihuana. Afirma que ellos le han pagado a hackers para intervenir su teléfono y quitar la evidencia de su dispositivo. Niega alucinaciones. Presenta pensamiento organizado, juicio alterado por delirio sistematizado de tipo persecutorio e insight nulo. No hay consumo de sustancias, ni deterioro cognitivo aparente. Se presenta caso en consultoría y derivación a nivel terciario, en donde se inicia tratamiento con clozapina y apoyo psicoterapéutico, con respuesta parcial al cabo de 7 meses.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso ilustra un trastorno delirante persistente de tipo persecutorio con buen funcionamiento premórbido. La ausencia de síntomas psicóticos floridos dificulta el diagnóstico temprano. El tratamiento antipsicótico logró respuesta parcial. El pronóstico funcional depende de la adherencia terapéutica y del abordaje psicosocial continuo.
PALABRAS CLAVE	Clozapina, Delirio, Trastorno Delirante.
TÍTULO DEL TRABAJO	POCO FRECUENTE PERO PRESENTE, REPORTE DE CASO DE ADOLESCENTE CON MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO 1:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	c) Pediatría y cirugía infantil
AUTOR	Carrasco Negrón Constanza Ignacia (1)
CO-AUTORES	Roa Ramirez Barbara Marlen(1), Albornoz Mora Alberto Anselmo (2)
AFILIACIÓN	(1)Médico general de zona, Cesfam Quilleco, Quilleco (2)Médico general de zona, Hospital de la familia y comunidad de Laja, Laja
INTRODUCCIÓN	La Mucopolisacaridosis tipo I (MPS I), corresponde a una enfermedad hereditaria por defecto de la enzima α -L-iduronidasa lisosómica. Su forma más grave se conoce como síndrome de Hurler. La prevalencia de la MPS I se estima en 1 de 100.000 nacidos vivos. Este caso corresponde a un adolescente con Síndrome de Hurler, de la comuna de Quilleco en seguimiento por el programa de cuidados paliativos universales (CPU) de atención primaria y busca presentar una patología poco frecuente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 14 años, con diagnóstico de MPS I, enfermedad mitral, hidrocefalia, recibe terapia de reemplazo enzimático (TRE) semanal con aldurazyme. En seguimiento por el equipo de pediatría, neurología, broncopulmonar, gastroenterología, nefrología y fisioterapia, también controles con Teletón en Concepción. El diagnóstico de la enfermedad es por manifestaciones clínicas producidas por acumulación progresiva de glucosaminoglicanos a nivel lisosomal, incluyen alteraciones en neurodesarrollo, problemas visuales, deformidades musculoesqueléticas y déficit intelectual. En este caso, el diagnóstico fue a los 3 años por la opacidad corneal y aparición de hidrocefalia, iniciando TRE en un plazo de 6 meses. La morbilidad y mortalidad de la enfermedad se ve reducida por el TRE, aumentando la calidad de vida y sobrevida, aun así, el paso del tiempo trae consigo variadas complicaciones en relación a la rigidez; constipación crónica, apneas del sueño, requiere ventilador mecánico no invasivo con

presión positiva al dormir, espasticidad muscular (con pérdida de marcha hace 3 años). Además del seguimiento con diversas especialidades, se encuentra en el CPU debido al pronóstico ominoso por grado de avance de la enfermedad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El estudio de enfermedades poco frecuentes es escaso en pregrado por la baja prevalencia y gran cantidad de información por aprender. Sin embargo, sospechar alteraciones a partir del examen físico para su pronta derivación y estudio es fundamental para la sobrevivencia de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE Mucopolisacaridosis, enfermedades infrecuentes, complicaciones.

TÍTULO DEL TRABAJO "OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDAS CONGÉNITAS EN UN LACTANTE-UN DESAFÍO QUIRÚRGICO:"

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA c) Pediatría y Cirugía Infantil.

AUTOR Roa Silvestre Danitza (1)

CO-AUTORES Silva Ananías (2)
Barrueto Salgado (3)
Javiera Kamel (3)
Corentin Stanley (4)

AFILIACIÓN (1) Médico EDF, Hospital Clorinda Avello, Santa Juana.
(2) Interna Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción. (3) Médico General, CESFAM Sol de oriente, Chillan.
(4) Médico General, Posta Santa Inés, Las Cabras.

INTRODUCCIÓN Las obstrucciones intestinales en lactantes representan un 30% de las urgencias quirúrgicas infantiles, siendo las bridas congénitas una causa infrecuente (2-5% de los casos). La importancia del diagnóstico diferencial precoz entre bridas congénitas versus otras etiologías y el manejo quirúrgico mínimamente son pilares fundamentales para evitar complicaciones como el síndrome de intestino corto.

PRESENTACIÓN DEL CASO Lactante masculino de 4 meses, sin antecedentes mórbidos, consulta traído para la madre por vómitos biliosos de 1 día de evolución, asociado a distensión abdominal e incapacidad para tolerar vía oral. Sin fiebre, diarrea o antecedentes de cirugía abdominal. Al examen físico destacan signos de deshidratación, mucosas secas, llanto sin lágrimas, abdomen distendido, doloroso a la palpación del epigastrio y ruidos hidroaéreos aumentado, se solicita radiografía de abdomen que

evidencia niveles hidroaéreos con asas dilatada. Paciente es derivado para evaluación por cirugía infantil quienes diagnostican obstrucción intestinal. Se realiza laparoscopia exploradora, donde se identifica banda fibrosa congénita comprimiendo el yeyuno proximal, sin signos de necrosis. Se realiza liberación de la banda y resección del segmento afectado con anastomosis término-terminal, sin complicaciones. Paciente evoluciona favorablemente reanudando alimentación a las 48 horas.

La madre del paciente da su consentimiento para el uso anónimo del caso de su hijo para ser presentado en jornadas médicas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Las bridas congénitas son malformaciones mesentéricas no asociadas a cirugía previa (<1% de obstrucciones), cuyo diagnóstico y manejo debe ser precoz por riesgo de necrosis asociado. La cirugía laparoscópica en lactantes reduce trauma abdominal y adherencias posteriores versus cirugía abierta. Este caso subraya la necesidad de alto índice de sospecha en obstrucciones infantiles atípicas y el rol de la cirugía mínimamente invasiva para optimizar resultados.

PALABRAS CLAVE BRIDAS CONGÉNITAS, CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

TÍTULO DEL TRABAJO CÁNCER DE MAMA EN ADULTAS JÓVENES: EL VALOR DE UNA PESQUISA OPORTUNA:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA D) Cirugía

AUTOR Figueroa Grant Bárbara (1)

CO-AUTORES Ramirez Flores Javiera (1), Morales Seguel Carolina (1), Quiero Mena Javiera (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona,
(2) Médico Cirujano, Hospital Doctor Roberto Muñoz Urrutia de Huépil, Huepil

INTRODUCCIÓN El cáncer de mama, aunque más frecuente en mujeres mayores de 50 años, también afecta a mujeres jóvenes, en quienes el diagnóstico suele retrasarse por la baja sospecha clínica y exclusión de programas de tamizaje. La ausencia de antecedentes familiares no descarta el riesgo, ya que muchos casos ocurren sin factores conocidos. Por ello, la detección precoz sigue siendo fundamental para mejorar el pronóstico y las opciones de tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 28 años, sin antecedentes personales ni familiares de cáncer, consulta en CESFAM tras detectar pequeña masa mamaria en autoexploración. Inicialmente se consideró benigna, sin requerir estudios adicionales. Cuatro meses después, regresa por aumento de volumen de 5 cm; se realiza ecografía y mamografía en donde no se evidencian signos de malignidad. Tres meses más tarde, consulta nuevamente por deformidad mamaria; se realiza biopsia que confirmó carcinoma mamario con mutación BRCA2 positiva. Se inicia tratamiento con quimioterapia y radioterapia, seguido de cirugía con evolución favorable. Se solicita consentimiento informado al paciente quien autoriza.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso evidencia la dificultad del diagnóstico precoz de cáncer de mama en mujeres jóvenes, especialmente en ausencia de antecedentes familiares y con estudios de imagen inicialmente no concluyentes. A pesar de la baja sospecha inicial, la progresión de la masa llevó al diagnóstico de carcinoma mamario con mutación BRCA2. Se destaca la importancia de mantener una vigilancia activa ante hallazgos persistentes o en aumento, así como el rol clave de la autoexploración mamaria para la detección precoz en pacientes fuera del rango habitual de tamizaje.
PALABRAS CLAVE	Ecografía, Mamografía, Neoplasias mamarias
TÍTULO DEL TRABAJO	Complicación severa con el uso de adrenalina en anafilaxia en paciente con escasos factores de riesgo:
CLASE	Caso Clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Reid Beros Álvaro Javier (1)
CO-AUTORES	Alvarado Saavedra Javiera Paz (2), Anelli López Catalina Francesca (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Santa Bárbara, Santa Bárbara (2) Médico General de Zona, Hospital de Santa Bárbara, Santa Bárbara (3) Médico General de Zona, Hospital de Santa Bárbara, Santa Bárbara
INTRODUCCIÓN	La adrenalina es un fármaco fundamental en el tratamiento de la anafilaxia, sin embargo, su uso puede conllevar riesgos cardiovasculares, especialmente en pacientes con factores de riesgo preexistentes. Si bien la obesidad por sí sola no se considera un factor de riesgo cardiovascular mayor establecido, la respuesta fisiológica a la

adrenalina en este contexto, sumada al estrés inflamatorio de la reacción anafiláctica, puede potencialmente desencadenar eventos isquémicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO Se presenta el caso de un hombre de 39 años con obesidad grado 3, sin otros antecedentes mórbidos, que consulta en urgencias por reacción alérgica tras picadura de abeja, con rash cutáneo, edema y posterior dificultad respiratoria. Inicialmente, se administra hidrocortisona con mejoría parcial. Ante la progresión a anafilaxia, se administra adrenalina 0.5 mg intramuscular, logrando una disminución de los síntomas. Sin embargo, evoluciona con dolor anginoso disnea y diaforesis. El electrocardiograma (ECG) muestra supradesnivel del segmento ST en paredes inferiores, sugiriendo un infarto agudo de miocardio con elevación del ST. Se realiza trombolisis con tenecteplase, evidenciándose una respuesta favorable con disminución significativa del dolor torácico y normalización del segmento ST en el ECG de control, cumpliendo con criterios de reperfusión exitosa. Se traslada a centro de mayor complejidad y se confirma elevación importante de troponinas (918 y 2800). La coronariografía posterior informó ausencia de lesiones obstructivas significativas en las arterias coronarias, evidenciando solo leves placas ateromatosas en tronco y arteria coronaria derecha.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso inusual destaca la potencial asociación entre el uso de adrenalina por una reacción anafiláctica severa y el desarrollo de un síndrome coronario agudo en un paciente joven cuya única comorbilidad relevante era la obesidad. Este caso subraya la importancia de evaluar integralmente al paciente en busca de factores de riesgo a la hora de administrar un tratamiento, así como de tomar medidas oportunas acorde a su evolución.

PALABRAS CLAVE Anafilaxia, Epinefrina, Síndrome Coronario Agudo

TÍTULO DEL TRABAJO HIPERPLASIA GINGIVAL COMO EFECTO SECUNDARIO AL AMLODIPINO, A PROPOSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc).

CATEGORÍA b) Medicina Interna.

AUTOR Cabrera Stolzenbach Cyntia (1)

CO-AUTORES Cerón Guzmán Diego (2), Latorre Sanhueza Diego (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Dalcahue, Dalcahue.

- (2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Quemchi, Quemchi.
- (3) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Rene Tapia, Castro.

INTRODUCCIÓN	En atención primaria de salud se realiza el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Hipertensión Arterial (HTA) en el programa de salud cardiovascular. Uno de los fármacos antihipertensivos de la canasta de las Garantías Explícitas de Salud (GES) de HTA, es el Amlodipino, y además es parte del protocolo de inicio de tratamiento, por lo tanto, es de uso frecuente en el control médico. El objetivo de este caso clínico es describir el efecto secundario de hiperplasia gingival (HG) poco frecuente con dicho fármaco.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 50 años con antecedentes de HTA, Dislipidemia y Prediabetes, con consentimiento informado. El 2020 se inició amlodipino para compensación de HTA, con el cual presentó HG, encías globosas, edematosas y sangrado al contacto. Fue evaluada por odontología y derivada a nivel secundario (periodoncia), donde se realizó tratamiento periodontal e indicación de suspender amlodipino. Paciente evolucionó favorablemente con mejoría de patología gingival.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Dentro de la literatura se describe una prevalencia del 3.3% de HG al amlodipino. La presentación se debe a mecanismos patogénicos de inflamación, alteraciones a los fibroblastos, mala higiene oral con presencia de placa bacteriana y factores genéticos de susceptibilidad. Si bien es un efecto adverso infrecuente, es importante conocer su sintomatología, realizar adecuadamente la sospecha y asociación con el fármaco, para lograr un manejo adecuado, y evitar intervenciones, procedimientos y derivaciones innecesarias.
PALABRAS CLAVE	Amlodipino, Hiperplasia Gingival, Hipertensión Arterial
TÍTULO DEL TRABAJO	EDEMA PULMONAR AGUDO SECUNDARIO A PREECLAMPSIA SEVERA, UNA COMPLICACIÓN POCO HABITUAL PERO POTENCIALMENTE FATAL DEL SÍNDROME HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO:
CLASE	Caso clínico
CATEGORÍA	E) Ginecología y obstetricia
AUTOR	Nickel Alegría Heinz(1)

CO-AUTORES	Gómez Del Real Hidalgo Sebastián(3)	Reyes Carolina(2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Los Lagos, Los Lagos. (2) Médico General de Zona, Hospital de Los Lagos, Los Lagos. (3) Médico General de Zona, Cesfam de Putre, Arica y Parinacota	
INTRODUCCIÓN	El edema pulmonar agudo secundario a preeclampsia severa es una manifestación poco común pero grave de esta enfermedad. Ocurre por acumulación de líquido en el intersticio y espacio alveolar. Sus síntomas iniciales suelen ser inespecíficos no obstante seguidos de un deterioro rápido de la función respiratorio con una sustancial mortalidad materno-fetal. Debido a lo anterior es que la alta sospecha clínica es crucial para otorgar un tratamiento oportuno.	
PRESENTACIÓN DEL CASO	Primigesta cursando embarazo 38+5 semanas con diagnóstico hipertensión gestacional y asma bronquial consulta en Servicio Urgencias por cefalea y dificultad respiratoria. Se pesquistan presiones arteriales elevadas no en rango de severidad, obstrucción bronquial leve y faringe congestiva. Se interpreta como virosis respiratoria con manejo sintomático. No obstante reconsulta precoz por exacerbación de disnea, desaturación ambiental, edema extremidades y presiones arteriales en rango severidad. Se inicia manejo farmacológico con nitroglicerina, diuréticos, oxigenoterapia, sulfato de magnesio y posterior cesárea de urgencias satisfactoria. Madre y recién nacido evolucionan en condiciones favorables.	
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El edema pulmonar agudo como manifestación de preeclampsia es una patología rara pero grave. Su principal motivo de consulta y síntoma más precoz es la disnea. Debido a su presentación inicial inespecífica se debe tener alto índice de sospecha y observar estos pacientes incluso cuando tengan otras comorbilidades que puedan presentar disnea como el asma bronquial. El manejo implica una estabilización inicial con medidas farmacológicas y no farmacológicas, seguido de una interrupción del embarazo por la vía más expedita.	
PALABRAS CLAVE	Edema pulmonar, Preeclampsia, Embarazo.	
TÍTULO DEL TRABAJO	PSICOSIS COMO MANIFESTACIÓN DE HIPERTIROIDISMO DESCOMPENSADO:	
CLASE	Caso Clínico (CC)	

CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR	Quiero Mena Javiera (1)
CO-AUTORES	Figueroa Grant Bárbara (2), Paredes Merino Bárbara (2),
AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano, Hospital Doctor Roberto Muñoz Urrutia de Huépil, Huepil (2) Médico General de Zona,
INTRODUCCIÓN	El hipertiroidismo es un trastorno caracterizado por la producción excesiva de hormonas tiroideas. Afecta al 0,5–1% de la población y es de 5 a 10 veces más frecuente en mujeres. Aunque suele manifestarse con síntomas físicos como pérdida de peso, palpitaciones, temblor, intolerancia al calor o ansiedad, en ocasiones puede acompañarse de alteraciones psiquiátricas. La psicosis, aunque muy infrecuente, se presenta en aproximadamente el 1% de los casos.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 49 años, con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad de Raynaud e hipertiroidismo. Sin antecedentes en salud mental ni consumo de fármacos en los últimos tres años. Presenta un cuadro de un mes de evolución con alucinaciones auditivas y visuales, señalando que alguien no la soltaba. Posteriormente, describe insectos que recorren su cuerpo, acompañada de agitación, ansiedad y desorientación en espacio y persona. Es llevada a urgencias, donde se solicitan estudios para descartar causas orgánicas. Resultados: glucemia 233 mg/dL, TSH <0.0025, T4 libre 4.15. TAC cerebral sin hallazgos patológicos. Se hospitaliza e inicia tratamiento con tiamazol 10 mg VO y antipsicóticos, evolucionando favorablemente con remisión de síntomas. Se solicita y obtiene consentimiento informado de la paciente quien autoriza.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso pone de relieve la importancia de considerar causas médicas subyacentes, como el hipertiroidismo, ante síntomas psiquiátricos. Aunque la psicosis asociada al hipertiroidismo es poco común, su aparición puede desencadenar cuadros clínicos graves y descompensaciones agudas. El tratamiento del trastorno tiroideo subyacente puede llevar a una resolución completa de los síntomas. Por ello, es fundamental que los profesionales mantengan un enfoque integral ante episodios psicóticos sin causa aparente. Una intervención precoz mejora el pronóstico, evita complicaciones y reduce el uso innecesario de psicofármacos a largo plazo.

PALABRAS CLAVE	Hipertiroidismo, Psicosis, Trastornos Mentales					
TÍTULO DEL TRABAJO	ENCEFALITIS DEL TRONCO ENCEFÁLICO POR VIRUS VARICELA-ZOSTER; REPORTE DE UN CASO:					
CLASE	Caso clínico (cc)					
CATEGORÍA	g) Neurología					
AUTOR	Parada Marambio, Francisco Javier(1)					
CO-AUTORES	Véliz	Muñoz,	Pamela	Monserrat(2)		
	Chávez Collao, Óscar Daniel(3)					
AFILIACIÓN	(1)	Médico	EDF,	CESFAM	Lebu	Norte
	(2)	Médico	EDF,	CESFAM	Lebu	Norte
	(3) Médico EDF, CESFAM Lebu Norte					
INTRODUCCIÓN	La encefalitis del tronco encefálico se define como la inflamación del romboencéfalo, compuesto por la protuberancia anular, cerebelo y bulbo raquídeo. Pueden presentarse síntomas como compromiso de pares craneales, ataxia y raramente compromiso de tractos cefalorraquídeo(LCR). En sus causas se describen infecciosas, autoinmunes y paraneoplásicas.					
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 52 años consultó en el servicio de urgencias por otalgia derecha y secreción purulenta de 5 días de evolución, hipoacusia, vértigo y diplopía binocular. Al examen físico, se evidenció nistagmo multidireccional en mirada hacia arriba, sin otros hallazgos al examen neurológico. La tomografía computarizada (TAC) de cerebro sin contraste fue normal. Punción lumbar reveló LCR inflamatorio (proteínas 91 mg/dl, glucosa 46 mg/dl, y leucocitos 302 con polimorfonucleares del 98%). La reacción de polimerasa en cadena (PCR) para varicela zoster en LCR resultó positiva, confirmando el diagnóstico de encefalitis. Se trató con Aciclovir 850 mg cada 8 horas por vía intravenosa durante 14 días, con respuesta favorable que resultó en la remisión completa de los síntomas a las 4 semanas.					
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La encefalitis del tronco encefálico por varicela zoster es una condición rara y poco descrita en la literatura. Este caso subraya la importancia del diagnóstico diferencial en pacientes con síntomas neurológicos tras infecciones otológicas. El análisis del LCR fue crucial para el diagnóstico dado que se logró identificar su etiología. No hubo hallazgos imagenológicos positivos, posiblemente debido a que el examen de elección era una resonancia magnética con contraste. El manejo con					

aciclovir mostró un impacto positivo significativo en la evolución del paciente, aunque también se describe en la literatura el uso de corticosteroides asociado. Es importante distinguir la etiología de las distintas presentaciones de encefalitis ya que determinará cuales son las opciones de tratamiento y el pronóstico de estas.

PALABRAS CLAVE	encefalitis, tronco encefálico, virus varicela-zoster
TÍTULO DEL TRABAJO	DERMATITIS POR ESTASIS, PREVINIENDO EL USO IRRACIONAL DE ANTIBIÓTICOS:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	a) Medicina Familiar
AUTOR	Valenzuela Castañeda Fabián (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Cesfam Maipú, Santiago.
INTRODUCCIÓN	La dermatitis por estasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que ocurre por hipertensión venosa e insuficiencia valvular. El adecuado reconocimiento y tratamiento es importante, pudiendo simular procesos infecciosos o vasculares agudos.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 77 años, antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, obesidad. Consulta frecuentemente por edema crónico de extremidades inferiores, exudado abundante, eritema y ampollas bilaterales. Edema refractario con dosis de furosemida entre 40-80 mg día y suspensión de nifedipino. Se sospecha sobreinfección bacteriana indicando cursos de cefadroxilo, flucloxacilina, curaciones, sin cambios significativos en edema, con disminución transitoria de ampollas y posterior recurrencia. Se plantean celulitis recurrentes indicando profilaxis con penicilina benzatina mensualmente. Ecocardiograma demuestra función sistólica conservada, dilatación aurícula izquierda leve, hipertrofia excéntrica ventricular izquierda, disfunción diastólica tipo I. Ecografía Doppler sin evidencias de trombosis venosa profunda. Sin leucocitosis durante evaluación. En este contexto se plantea dermatitis por estasis, indicando medias de compresión, flavonoides, corticoides tópicos, baja de peso, con lo que disminuye edema e inflamación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La dermatitis por estasis se puede presentar de manera aguda o exacerbada con edema agudo o empeoramiento de edema preexistente, eritema, erupción de vesículas y supuración, siendo diagnosticada erróneamente como celulitis. La variante crónica presenta eritema e hiperpigmentación difusa, edema de las extremidades inferiores, generalmente sin daño cutáneo significativo. La ausencia de marcadores inflamatorios como leucocitosis, proteína C reactiva, compromiso del estado general y ecografía doppler pueden ayudar a realizar el diagnóstico diferencial. El tratamiento incluye el control de la insuficiencia venosa subyacente mediante el uso de medias de compresión graduadas, elevación de extremidades, flavonoides orales y procedimientos como la escleroterapia. El manejo de los cambios cutáneos secundarios con corticoides tópicos puede mejorar el prurito, dolor e inflamación. Además, el uso de bota de Unna, un vendaje compresivo impregnado de óxido de zinc puede aliviar la inflamación.			
PALABRAS CLAVE	Dermatitis, Extremidad inferior, Insuficiencia venosa.			
TÍTULO DEL TRABAJO	Enfermedad de Huntington juvenil como simulador de esquizofrenia:			
CLASE	Caso Clínico (cc)			
CATEGORÍA	g) Neurología			
AUTOR	Reid Beros Álvaro Javier (1)			
CO-AUTORES	Maturana	Mahave	Javiera	Andrea (2), Saldías Durán Diego Ignacio (3)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Santa Bárbara, Santa Bárbara (2) Médico General de Zona, Hospital de Santa Bárbara, Santa Bárbara (3) Médico General de Zona, Hospital de Santa Bárbara, Santa Bárbara			
INTRODUCCIÓN	La Enfermedad de Huntington (EH) es un desorden neurodegenerativo que se presenta con síntomas motores, psiquiátricos y demenciales. Tiene una prevalencia de 4.88 casos por cada 100000 personas. Aún menos frecuente es su presentación juvenil, correspondiente a un 10% del total de casos, la cual se caracteriza por presentarse antes de los 20 años, con síntomas psiquiátricos desde el inicio y menor carga motora.			

PRESENTACIÓN DEL CASO Se presenta el caso de un paciente con EH diagnosticado previamente con esquizofrenia a los 20 años, lo cual podría ser compatible con una presentación juvenil de la enfermedad. A pesar del tratamiento con antipsicóticos como olanzapina y risperidona, la sintomatología no presentó una respuesta favorable, progresando con síntomas motores, corea, mioclonías, caquexia y un deterioro cognitivo significativo con la pérdida completa de su autovalencia. Es diagnosticado a los 25 años con EH, falleciendo a los 30 años.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso expone un caso de rara presentación y un desafío diagnóstico. Alerta sobre la necesidad de considerar diagnósticos diferenciales, más aún en casos con mala respuesta al tratamiento inicial. Además de representar un caso de tórpida evolución como este, en el que se presenta una mortalidad a los 10 años de su inicio de síntomas, perteneciendo al grupo de mortalidad más precoz dentro de lo registrado en la bibliografía, evidenciando el escaso tratamiento que existe actualmente siendo principalmente de soporte.

PALABRAS CLAVE Disfunción Cognitiva, Enfermedad de Huntington, Esquizofrenia

TÍTULO DEL TRABAJO CARCINOMA BASOCELULAR EN REGIÓN DORSAL, REPORTE DE UN CASO EN PACIENTE DE 81 AÑOS:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA h) Especialidades (Dermatología)

AUTOR Jury Salinas Catalina (1)

CO-AUTORES Živković Zencovich Ivo (2)
Jury Salinas Osvaldo (3)
Avello Pérez Miguel (4)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, CESFAM Lorenzo Arenas, Concepción, Chile.
(2) Médico General de Zona, Hospital Dr. Arturo Hillerns Larrañaga, Puerto Saavedra.
(3) Médico General de Zona, Hospital Doctor Roberto Muñoz Urrutia, Huépil.
(4) Médico Cirujano, Sar San Juan de Dios, Linares.

INTRODUCCIÓN El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor cutáneo maligno más frecuente en el ser humano, representando entre el 75 y 80% de los cánceres de piel. Aunque rara vez metastatiza, puede ser localmente invasor, especialmente en pacientes inmunosuprimidos o de edad

avanzada. Clínicamente, se presenta en zonas fotoexpuestas, pero también puede aparecer en áreas no típicas. Este caso ilustra un CBC en la región dorsal, una localización menos frecuente, diagnosticado en un centro de Salud Familiar (CESFAM) de la ciudad de Concepción, mediante teledermatología.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 81 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y carcinoma basocelular previo en mano izquierda. Consulta en CESFAM por lesión ulcerada en la región dorsal, de tres años de evolución, que requiere curaciones frecuentes. Refiere uso de múltiples esquemas antibióticos sin mejoría. Al examen físico se observa úlcera de 3 cm de diámetro, bordes irregulares, sin signos inflamatorios. Se solicita evaluación por teledermatología y se indica biopsia. El paciente se encuentra compensado de sus patologías crónicas hemoglobina glicosilada 6,9%. El estudio histopatológico confirmó carcinoma basocelular. Se obtuvo consentimiento informado para publicación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES El CBC puede presentarse en zonas no fotoexpuestas, especialmente en adultos mayores. Este caso destaca la importancia de sospechar neoplasias en lesiones crónicas refractarias a tratamiento. La teledermatología constituye una herramienta efectiva en atención primaria, permitiendo diagnóstico precoz y derivación oportuna. La confirmación histológica es clave para la planificación terapéutica adecuada.

PALABRAS CLAVE Carcinoma, Skin Neoplasms, Telemedicine

TÍTULO DEL TRABAJO INFARTO POR TROMBOSIS DE ARTERIA CIRCUNFLEJA SECUNDARIO A DÉFICIT DE FACTOR XII DE COAGULACIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA Medicina Interna

AUTOR Fuentes Antipan Camila(1)

CO-AUTORES Espinoza Soule Mariana (1), Parra Morales Felipe (1), Espinoza Navarrete Angélica (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital Comunitario de Salud Familiar Yungay, Yungay
(2) Estudiante de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción

INTRODUCCIÓN El infarto agudo al miocardio (IAM) representa una de las mayores causas de morbimortalidad en Chile y el mundo , a pesar de esto la embolia coronaria se presenta en cerca de un 2.9 % de los casos de IAM, esta cifra incluye elementos trombóticos , tumorales , aire o vegetaciones. Por su parte el déficit congénito del factor XII es un trastorno hereditario de la coagulación de baja prevalencia (1-1000000) . Así mismo es más frecuente la trombosis venosa sobre la arterial. Se presenta el caso de un paciente joven con antecedente desconocido de trombofilia por esta causa que cursó con IAM

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente masculino de 35 años de edad, con tabaquismo índice paquete año 10 suspendido hace 12 años , se presenta en urgencia por cuadro de dolor torácico de 2 horas de evolución iniciado en reposo, electrocardiograma con infradesnivel del segmento ST en AVL, derivadas posteriores con supradesnivel de D2, D3 y AVF , se envía a hemodinamia donde se evidencia oclusión del 100 % de arteria circunfleja distal se realiza angioplastia con stent medicado. De manera ambulatoria se deriva a hematología para estudio de trombofilia , se rescata antecedente de tíos y primos con trombofilia , se evidencia mutación heterocigota de factor XII , resto de estudio negativo , actualmente se mantiene en seguimiento por cardiología y hematología con doble antiagregación, fracción de eyección de ventrículo izquierdo residual de 58-61 %, autovalente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La causa embólica es poco frecuente en patología isquémica cardiaca, más aún en relación a trombofilias hereditarias , pero tras el hallazgo angiográfico de trombo se vuelve necesario el estudio caso a caso en búsqueda de alteraciones de la cascada de coagulación, para poder prevenir eventos futuros no solo de causa coronaria, sino también otros eventos trombóticos

PALABRAS CLAVE Déficit de factor XII, Infarto Agudo al Miocardio, Embolia Coronaria .

TÍTULO DEL TRABAJO NEVO POROQUERATÓSIDO DEL OSTIUM Y EL DUCTO DÉRMICO ECRINOS, REPORTE DE UN CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA h) Especialidades (Dermatología)

AUTOR Jury Salinas Catalina (1)

CO-AUTORES	Živković	Zencovich	Ivo	(2)
	Jury	Salinas	Osvaldo	(3)
	Avello Pérez Miguel (4)			
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Lorenzo Arenas, Concepción, Chile.			
	(2) Médico General de Zona, Hospital Dr. Arturo Hillerns Larrañaga, Puerto Saavedra.			
	(3) Médico General de Zona, Hospital Doctor Roberto Muñoz Urrutia, Huépil.			
	(4) Médico Cirujano, Sar San Juan de Dios, Linares.			
INTRODUCCIÓN	El Nevo Poroqueratósico del Ostium y el Ducto Dérmico Ecrinos (NPODDE) es una entidad infrecuente, considerada un hamartoma benigno derivado de los conductos écrinos. Se relaciona con un mosaicismo genético que altera la queratinización. Afecta la piel palmo-plantar. Su diagnóstico es clínico e histológico. Se presenta un caso con características típicas, observado en el Centro de salud familiar (CESFAM) del primer autor, dado su baja frecuencia.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 26 años, sexo femenino, sin antecedentes mórbidos, consulta por lesiones de aspecto verrugoso en ambas palmas desde el nacimiento. Las lesiones son asintomáticas, de 1 a 2 mm de diámetro, sobrelevantadas, ásperas al tacto, no descamativas, sin episodios de sangrado ni prurito. En la palma derecha predominan lesiones rosadas, mientras que en la izquierda se observan también lesiones de tonalidad marrón. La persistencia de las lesiones motivó derivación desde atención primaria a teledermatología, siendo posteriormente citada a evaluación presencial por dermatología. Se planteó como diagnóstico presuntivo un NPODDE, solicitando confirmación histopatológica. La paciente autorizó la toma de biopsia mediante consentimiento informado.			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El NPODDE es una patología poco frecuente, cuyo reconocimiento clínico permite orientar el diagnóstico frente a lesiones palmo-plantares persistentes y asintomáticas desde edades tempranas. Su confirmación requiere estudio histológico, siendo la presencia de una laminilla cornoide sobre el conducto ecrino subyacente el hallazgo característico. Esta entidad benigna suele presentar resistencia al tratamiento, con respuestas variables a queratolíticos, retinoides tópicos, láser u otras terapias. Este caso destaca por su presentación bilateral congénita, contribuyendo al conocimiento clínico de una entidad rara en dermatología, especialmente en atención primaria, donde su sospecha diagnóstica puede ser un desafío.			

PALABRAS CLAVE	Glándulas écrinas, Hamartoma, Queratinización.
TÍTULO DEL TRABAJO	NOTALGIA PARESTÉSICA: REPORTE DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Dermatología)
AUTOR	Jury Salinas Catalina (1)
CO-AUTORES	Živković Ivo (2) Avello Pérez Miguel (3) Cárdenas Fernandez Alejandra (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Lorenzo Arenas, Concepción, Chile. (2) Médico General de Zona, Hospital Dr. Arturo Hillerns Larrañaga, Puerto Saavedra. (3) Médico Cirujano, Sar San Juan de Dios, Linares. (4) Interna de Medicina, Universidad Andres Bello, Concepción.
INTRODUCCIÓN	La notalgia parestésica es una neuropatía sensorial cutánea crónica, rara, que se caracteriza por disestesia y prurito en la región dorsal. Se cree que su fisiopatología involucra la compresión o irritación de las ramas dorsales de los nervios espinales. Aunque su diagnóstico es frecuentemente tardío, puede resultar en hiperpigmentación secundaria a rascado crónico. Se presenta un caso de notalgia parestésica, con persistencia de mácula hiperpigmentada sin síntomas activos, en un CESFAM de la ciudad de Concepción.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 64 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, que consulta por mácula hiperpigmentada en región dorsal. La lesión, de aparición progresiva, es asintomática, sin prurito ni dolor. Niega exposición a sustancias nuevas. A la inspección, se observa una mácula de 10x10 cm, café oscuro, de bordes netos, sin relieve ni alteraciones estructurales de la piel. No presenta signos inflamatorios ni lesiones activas. Debido a la morfología y localización, se deriva el caso a teledermatología, donde se confirma el diagnóstico de notalgia parestésica. Se indican medidas de cuidado general: evitar fricción, ropa de algodón, y suspender irritantes. Además, se recomienda hidratación intensiva con vaselina sólida, fotoprotección diaria con FPS 30+ y uso de despigmentantes suaves según tolerancia. Se programó control en seis meses.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La notalgia parestésica es una neuropatía sensitiva crónica, a menudo subdiagnosticada, que presenta hiperpigmentación residual sin síntomas activos. Su manejo es principalmente sintomático, con enfoque en autocuidado y fotoprotección. La teledermatología facilita el diagnóstico y seguimiento, mejorando el acceso a la atención dermatológica. Este caso destaca la importancia de la identificación temprana en atención primaria y el uso de herramientas digitales para optimizar el manejo de patologías cutáneas poco frecuentes.

PALABRAS CLAVE Notalgia Parestésica, Neuropatía Sensitiva, Hiperpigmentación

TÍTULO DEL TRABAJO DOLOR ABDOMINAL ENMASCARANDO UN EVENTO CORONARIO AGUDO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA B) Medicina Interna

AUTOR Figueroa Grant Bárbara (1)

CO-AUTORES Morales Seguel Carolina (1), Paredes Merino Barbara (1), Castillo Herrera Marlene (2)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona,
(2) Médico Cirujano, Hospital Doctor Roberto Muñoz Urrutia de Huépil, Huepil

INTRODUCCIÓN El infarto agudo de miocardio (IAM) es una causa importante de morbimortalidad. Si bien su presentación típica incluye dolor torácico opresivo, en algunos casos puede manifestarse con síntomas atípicos, como es el dolor abdominal, especialmente en pacientes de edad avanzada, mujeres y personas con enfermedades crónicas, como diabetes mellitus. Dificultando su diagnóstico oportuno. Este caso clínico ilustra la importancia de considerar el IAM en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente de 76 años, con antecedentes de hipertensión, dislipidemia, accidente cerebrovascular secuelado y epilepsia, consultó en CESFAM por dolor abdominal en flanco izquierdo, tipo cólico. Fue evaluado como posible cólico renal y tratado con ketorolaco y metamizol, sin respuesta. Se administró morfina para manejo del dolor. Tras el tratamiento, el paciente desarrolló hipotensión, palidez, diaforesis y compromiso de conciencia. Se realizó un electrocardiograma que evidenció IAM con elevación del segmento ST en cara inferior y compromiso del ventrículo derecho. Se inició manejo con aspirina, clopidogrel y atorvastatina, y se

derivó al centro de referencia. Al ingreso, presentó shock cardiogénico, evolucionando rápidamente a paro cardiorrespiratorio. Se efectuaron maniobras de reanimación sin lograr retorno de circulación espontánea. Se solicita consentimiento informado al paciente quien autoriza.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso clínico muestra una presentación atípica de infarto agudo de miocardio (IAM), inicialmente confundida con patología abdominal. El dolor referido desde la región diafragmática, común en infartos de cara inferior, puede desviar el enfoque diagnóstico y retrasar el tratamiento, aumentando la morbimortalidad. Se resalta la importancia de considerar el IAM en pacientes con dolor abdominal sin causa aparente, especialmente en adultos mayores con comorbilidades. La utilización oportuna del electrocardiograma es clave en estos contextos. Se destaca la necesidad de un abordaje clínico integral y una alta sospecha diagnóstica para identificar precozmente eventos críticos y reducir complicaciones asociadas a presentaciones clínicas inusuales en pacientes de riesgo.		
PALABRAS CLAVE	Dolor abdominal, Electrocardiograma, Infarto de miocardio		
TÍTULO DEL TRABAJO	Rotura de pared libre del ventrículo izquierdo: Una complicación infrecuente del infarto miocárdico.		
CLASE	Caso clínico		
CATEGORÍA	Medicina Interna		
AUTOR	Salgado	Paiva	Patricio (1)
CO-AUTORES	Toro Araya Renata (2), Marquez Tuohy Jeanne (3), Pradenas Chandia Martin (4)		
AFILIACIÓN	(1), (3), médicos Art. 9 Hospital de Curanilahue. (2), (4), médicos generales de zona, Hospital de Curanilahue.		
INTRODUCCION	El infarto agudo de miocardio (IAM) es la primera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres. Existen complicaciones mecánicas y eléctricas post-infarto, de diversa presentación y pronóstico, sin embargo, una de éstas, la rotura de pared libre, sigue siendo una complicación severa y causa de muerte súbita. Tiene una incidencia del 0.6% - 2% y una mortalidad del 75-90%. Se caracteriza por disociación electromecánica, shock y clínica de taponamiento cardíaco. El diagnóstico es por ecocardiografía transtorácica, la que evidencia taponamiento cardíaco, hemopericardio y reducción del grosor de la		

pared miocárdica. Se necesita una coronariografía para definir la necesidad de bypass coronario. Es una emergencia quirúrgica, cuya resolución tiene una mortalidad de hasta el 32%

PRESENTACIÓN DEL CASO Se presenta el caso de una mujer diabética y cardiopatía coronaria, la que está hospitalizada por un accidente cerebrovascular transitorio. Durante kinesioterapia, presenta bradicardia extrema asociado a dolor de pecho y disnea. Durante traslado a centro de mayor complejidad, presenta episodios de taquicardia ventricular y de bloqueo auriculoventricular completo autolimitados. Ingresa a centro con ECG sugerente de supradesnivel de ST en pared inferior, por lo que se tromboliza y se deriva a centro con Unidad de Hemodinamia. Se diagnostica infarto sin criterios de reperfusión, al momento de cambiarla de camilla entra en paro cardiorrespiratorio, con disociación electromecánica, se intuba, reanima y realiza ecoscopia intraparo, evidenciado rotura de pared libre del ventrículo. Detienen maniobras tras completar 15 minutos de reanimación, constatando fallecimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso enfatiza la necesidad de un diagnóstico precoz mediante ecocardiografía, pudiendo permitir una intervención quirúrgica urgente, única opción potencialmente salvadora. Dada su presentación súbita y rápida evolución, se requiere alta sospecha clínica, especialmente en pacientes con factores de riesgo, para evitar desenlaces fatales

PALABRAS CLAVE Enfermedad valvular mitral, insuficiencia respiratoria, disnea

TÍTULO DEL TRABAJO "Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob como simulador de Accidente cerebro vascular"

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA G) Neurología

AUTOR Alvarado Saavedra Javiera Paz (1)

CO-AUTORES Reid Beros Álvaro Javier (2),
Maturana Mahave Javiera Andrea (3)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Santa Bárbara, Santa Bárbara.
(2) Médico General de Zona, Hospital de Santa Bárbara, Santa Bárbara.
(3) Médico General de Zona, Hospital de Santa Bárbara, Santa Bárbara.

INTRODUCCIÓN	La Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una enfermedad neurodegenerativa con evolución progresiva y fatal. Es causada por acumulación de priones anómalos que causan degeneración rápida del sistema nervioso central. Su incidencia corresponde a 2 caso por millón de personas al año. No existe un tratamiento curativo
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino 60 años, con antecedente de hermano que fallece a los 50 años por ECJ. Habría consultado hace 3 meses por disminución de visión ojo derecho, donde se realizó diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular (ACV) isquémico. Posterior a esto se describe secuela de disminución visión ojo derecho, con avance progresivo hasta pérdida completa de visión. Es llevado a servicio de urgencias, familiar refiere desde ACV ha tenido deterioro físico progresivo, que aumenta 2 semanas atrás, con pérdida de fuerza de cuatro extremidades hasta ya no caminar, mutismo e imposibilidad de alimentarse. Paciente se evalúa vigil, sigue órdenes simples, ambas pupilas mióticas, derecha reactiva pero izquierda no, fuerza M3 en todas las extremidades, sin otros hallazgos relevantes. Se realiza toma de exámenes de laboratorio, dentro de la normalidad, toma de escáner de cerebro por sospecha de nuevo ACV, informado como "estructuras encefálicas dentro de normalidad". Se realiza Resonancia magnética de encéfalo con protocolo stroke informado como "Restricción en difusión ganglionar y del parénquima cortical bilateral concordante con ECJ, Electroencefalograma que muestra desorganización ritmo de base, actividad periódica de ondas agudas bifásicas y trifásicas generalizadas y actividad epileptogénica occipital derecha ocasional, compatible con ECG. Finalmente, se realiza diagnóstico de ECJ, evoluciona con deterioro progresivo, hasta fallecer 2 meses posteriores al diagnóstico.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso nos muestra la importancia de realizar un diagnóstico correcto y considerar diferenciales frente a presentaciones atípicas de patologías frecuentes, como fue el probable diagnóstico errado de ACV en la primera consulta.
PALABRAS CLAVE	Encéfalo, Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, Enfermedades por prion,
TÍTULO DEL TRABAJO	INFARTO OMENTAL COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Gonzalez Rivera Javiera (1)

CO-AUTORES	Carvajal Lazo Fuentes Roncagliolo	Maldonado Quezada Sebastián (3)	Belén Antonia (1), (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, Hospital comunitario de Queilen, Chiloé (2) Médico general de zona, CESFAM Eduardo Frei, Santiago (3) Estudiante de medicina, Universidad Diego Portales, Santiago		
INTRODUCCIÓN	El infarto omental es una causa infrecuente de abdomen agudo. Suele darse en varones entre 30-50 años. Se estima una incidencia del 0.1% de las laparotomías por abdomen agudo. La Tomografía computarizada (TAC) de abdomen y pelvis es el examen a elección para la detección permitiendo descartar otras causas de abdomen agudo. El tratamiento suele ser conservador con analgesia y antibióticos, en refractario se puede realizar cirugía. Se presenta el siguiente caso para mostrar alternativas de tratamiento para abdomen agudo		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 22 años, sin antecedentes mórbidos. Acude a urgencias por dolor abdominal de 4 días de evolución en hemiabdomen derecho, con mala respuesta a analgésicos. Ingresa estable y afebril, destaca al examen físico dolor a la palpación de fosa iliaca derecha. Se maneja con analgesia endovenosa, hidratación y toma de exámenes de laboratorio en donde destaca: Hemoglobina 13.8, leucocitos 9900 y PCR 93. Por alteración en parámetro inflamatorio y mala respuesta a analgesia, se estudia con TAC de abdomen y pelvis con contraste en donde destaca infarto omental en flanco derecho. Se maneja con tratamiento conservador con antibióticos y analgesia, evoluciona favorablemente sin necesidad de manejo quirúrgico, se da de alta médica. Usuario firma consentimiento informado para presentar caso		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Algunas causas de abdomen agudo, como la apendicitis, requieren cirugía, en ciertos casos el manejo conservador es una opción válida, evitando intervenciones invasivas y sus riesgos. La decisión debe basarse en la evaluación clínica y exámenes complementarios. Los infartos omentales suelen resolverse espontáneamente por lo que se recomienda el manejo conservador. Como lo demuestra la evidencia, este usuario fue tratado con manejo conservador, logrando la mejoría de su cuadro clínico. Algunos apoyan la cirugía si el dolor persiste, hay aumento de		

marcadores inflamatorios o dudas diagnósticas. La cirugía ofrece resolución rápida pero implica mayor riesgos asociados.

PALABRAS CLAVE	Abdomen agudo, Infarto, Epiplón
TÍTULO DEL TRABAJO	“TELEDERMATOLOGÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE UN LINFOMA CUTÁNEO ATÍPICO-REPORTE DE UN CASO:”
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	h) Especialidades (otorrinolaringología, oftalmología, urología, psiquiatría, entre otros)
AUTOR	Roa Silvestre Danitza (1)
CO-AUTORES	Ananias Salgado Kamel (2) Corentin Stanley (3) Silva Barrueto Javiera (4)
AFILIACIÓN	(1) Medico EDF, Hospital Clorinda Avello, Santa Juana. (2) Medico General, CESFAM Sol de oriente, Chillan. (3) Medico General, Posta Santa Inés, Las Cabras. (4) Interna Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.
INTRODUCCIÓN	Los linfomas cutáneos de células T (LCCT) pueden presentarse con lesiones atípicas que simulan eccemas o psoriasis, retrasando su diagnóstico. Se presenta el caso de un paciente rural con lesiones resistentes a tratamiento, con el fin de demostrar cómo la teledermatología ha emergido como una herramienta clave para identificar pacientes con signos de alarma que requieren biopsia urgente, especialmente en áreas rurales con acceso limitado a especialistas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Masculino de 68 años, agricultor de zona rural, con antecedentes de exposición solar crónica, sin protección, consulta en hospital comunitario por placas eritemato-descamativas pruriginosas en tronco y muslos de 8 meses de evolución, tratadas inicialmente como dermatitis atópica con corticoides tópicos, sin mejoría. Se realiza interconsulta a teledermatología donde se describe historia clínica, tratamientos cursados y la ausencia de respuesta clínica, además de una ligera pérdida de peso de 4 kg en 6 meses; se adjuntan además fotografías donde se evidencian placas irregulares con bordes bien definidos y descamación fina, simulando psoriasis. Ante la ausencia de respuesta clínica se cita al paciente para evaluación presencial y se realizar biopsia de la lesión la que resulta positiva para linfoma cutáneo

de células T (micosis fungoide en estadio IA). Se realizó radioterapia con radiación ultravioleta con respuesta completa a las 12 semanas, quedando en seguimiento por la especialidad. El paciente da su consentimiento para el uso anónimo de su caso para ser presentado en jornadas médicas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La historia clínica y examen físico siguen constituyendo herramientas fundamentales en el quehacer médico, sin embargo, nuevas herramientas como lo es la telemedicina, permiten la reducción del tiempo de diagnóstico, especialmente en zonas rurales. En este caso el retraso diagnóstico de 8 meses fue menor al promedio reportado (3–5 años) para LCCT (3), gracias a la sospecha clínica y la teledermatología que permitieron optimizar los recursos disponibles.

PALABRAS CLAVE LINFOMA CUTANEO, MICOSIS FUNGOIDE, TELEDERMATOLOGÍA

TÍTULO DEL TRABAJO SÍNDROME ANTISINTETASA JO-1, UN CASO INFRECUENTE PERO CON CUADRO CLÍNICO CLÁSICO:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA b) Medicina Interna

AUTOR Carrasco Delgado Diego (1)

CO-AUTORES Tamaya Cerda Martin (2), Martinez Venegas Javier (3), Silva Vera Bastian (4).

AFILIACIÓN (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) Interno de medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe.

INTRODUCCIÓN El síndrome antisintetasa corresponde a un subtipo de miopatía inflamatoria idiopática poco frecuente, con una prevalencia estimada de 1-2,5 casos por 1.000.000 de habitantes. Se caracteriza por una clínica inespecífica que puede incluir artritis, miositis, enfermedad pulmonar intersticial y la presencia de anticuerpos anti- Jo- 1. En este caso se abordará el cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento de este síndrome en una paciente de 41 años inicialmente diagnosticada con una infección por COVID-19.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 41 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo, consultó en servicio de urgencias por cuadro de tos y disnea progresiva, manejada como infección por COVID-19, recibiendo tratamiento sintomático con antiinflamatorios no esteroideos, sin embargo, tras empeoramiento de sintomatología respiratoria reconsultó 3 días después. Se realizó una tomografía computada de tórax que mostró hallazgos compatibles con una neumopatía multifocal bilateral, y debido a requerimientos de oxígeno suplementario se decidió hospitalizar. Durante hospitalización evolucionó favorablemente respecto a sintomatología respiratoria, sin embargo, comenzó con cuadro de poliartritis simétrica en extremidades, moderada impotencia funcional de extremidades inferiores, fenómeno de Raynaud, y lesiones cutáneas en manos de aspecto hiperqueratósico y descamativo compatibles con signo de “manos de mecánico”. En vista de posible etiología autoinmune, se solicitaron anticuerpos antinucleares que resultaron positivos y panel de miositis, positivo para anticuerpos anti-Jo-1, confirmando el diagnóstico de síndrome antisintetasa. Se inició terapia inmunosupresora con micofenolato mofetilo de manera ambulatoria, observando mejoría parcial de clínica, por lo que se escaló terapia a rituximab por 6 meses, remitiendo sintomatología.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso presentado muestra un claro ejemplo de la dificultad diagnóstica del síndrome antisintetasa, inicialmente confundido con COVID-19 y evolucionando a un cuadro multisistémico con anticuerpos anti- Jo- 1 positivos, siendo imperativo considerarlo como diagnóstico diferencial en cuadros de miositis inespecíficas con compromiso respiratorio.
PALABRAS CLAVE	COVID-19, Miopatía Inflamatoria, Rituximab
TÍTULO DEL TRABAJO	FAVISMO: DEFICIENCIA DE GLUCOSA-6-FOSFATO DESHIDROGENASA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA	c) Pediatría
AUTOR	Farías Ibarra Cristóbal (1)
CO-AUTORES	Ortega Soto Daniela (2)
AFILIACIÓN	1. Médico General de Zona, CESFAM Villa O’Higgins, Santiago 2. Médica Becada Pediatría, Hospital Roberto del Río, Santiago

INTRODUCCIÓN	La deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD) está determinada por alteraciones genéticas que producen un aumento de la susceptibilidad del eritrocito al estrés oxidativo. La mayoría de los casos son asintomáticos, pero se puede presentar con ictericia neonatal, hemólisis aguda o crónica. Cuando es desencadenada por el consumo de habas se denomina favismo, aunque existen otros desencadenantes. La prevalencia varía según área geográfica, siendo muy infrecuente en Sudamérica. El presente caso clínico se enmarca en la unidad de Pediatría de un centro de salud de nivel terciario en Chile. Objetivo: Presentar caso de deficiencia de G6PD que debuta como favismo.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Lactante de 1 año 3 meses, sin antecedentes mórbidos. Su madre consulta por cuadro de fiebre y orina oscura, con antecedente de ingesta de habas 48 horas previo al inicio del cuadro. Al examen físico febril, con ictericia y palidez. En los exámenes realizados, destaca anemia severa que requirió 2 transfusiones de glóbulos rojos. El estudio con método de Tönz y Betke confirma ausencia de actividad de G6PD. Se obtuvo consentimiento informado de los tutores del paciente para la presentación del caso.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Discusión. La deficiencia de G6PD es variable en su expresión clínica. La ascendencia étnica es orientadora en países de baja prevalencia. El consumo de habas es clave para el diagnóstico de favismo. Conclusiones. La deficiencia de G6PD es una causa de anemia hemolítica aguda en niños. Puede desencadenarse por ingesta de habas, fármacos o infecciones. El espectro clínico es amplio, desde casos asintomáticos a casos severos de hemólisis. No existe tratamiento específico y el foco es la prevención de desencadenantes de crisis hemolíticas. Este caso ilustra la posible gravedad del cuadro y la importancia de su adecuado manejo. Su baja frecuencia y escasa bibliografía en español motivan compartir esta experiencia clínica relevante.
PALABRAS CLAVE	Anemia hemolítica, Deficiencia glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, Favismo, Ictericia.
TÍTULO DEL TRABAJO	TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR ABSCESO DEL HÍGADO DURANTE EL PERIODO 2020 A 2023 EN CHILE.
CLASE	Trabajo de investigación (TI)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Argenis Espinoza Nuñez (1)
CO-AUTORES	Javiera Durán Pavez (2), Cecilia Muñoz Mena (2), Sofía Torrales (3)

AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano, Cesfam Ignacio Carrera Pinto, Yerbass Buenas (2) Interna de Medicina, Hospital de Linares, Universidad Autónoma (3) Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso
INTRODUCCIÓN	El absceso hepático es una patología infecciosa del hígado que representa un desafío clínico significativo debido a su alta morbilidad y comorbilidades asociadas, conlleva un costo en salud pública elevado. Debido a la falta de información de epidemiología nacional, el presente estudio tiene como objetivo describir su tasa de egreso hospitalario (TEH) entre los años 2020 y 2023 en Chile.
MATERIALES Y MÉTODOS	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.
RESULTADOS	La mayor TEH fue durante el año 2023 con un valor de 4,39/100.000 habitantes. El sexo hombre presentó la mayor TEH del periodo con 4,29/100.000 habitantes. El grupo etario con mayor TEH del periodo se encontró entre 80 y más años con un valor de 13,79/100.000 egresos.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	El aumento de la TEH durante el periodo de estudio podría explicarse por la disminución de hospitalizaciones a raíz de la pandemia SARS-COV-2, y la disminución de los factores de riesgo como las infecciones gastrointestinales. La mayor TEH en el sexo masculino podría explicarse por factores biológicos, asociado a la testosterona como inhibidor de la respuesta inmune. El grupo de 80 y más años tuvo la mayor TEH y podría estar relacionado con los efectos del envejecimiento y el aumento de comorbilidades. El promedio de estadía hospitalaria se mantuvo estable, esto podría ser por la estandarización del manejo del absceso y la implementación del drenaje percutáneo, dando así a una estabilización del manejo antibiótico. La estabilidad en los días de hospitalización subraya la importancia de continuar fortaleciendo la vigilancia epidemiológica y optimizar el abordaje terapéutico en grupos de mayor riesgo.
PALABRAS CLAVE	Absceso Hepático, Chile, hospitalización
TÍTULO DEL TRABAJO	RECANALIZACIÓN DE LA VENA UMBILICAL, UN ECO DEL PASADO EN LA CIRROSIS AVANZADA:
CLASE	Caso clínico (CC)

CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Weldt Melo Catalina (1)
CO-AUTORES	Pereira Hernández Valentina Paz (1), Jorquera Román Manuel Osvaldo (2), Acuña Ramírez Mauricio Antonio (3)
AFILIACIÓN	(1)Médica General de Zona, Hospital de Purranque, Purranque. (2) Médico Internista, Hospital de Purranque, Purranque. (3) Médico Radiólogo, Hospital de Purranque, Purranque.
INTRODUCCIÓN	El síndrome de Cruveilhier-Baumgarten se caracteriza por la recanalización de la vena umbilical y la circulación colateral en la pared abdominal. La recanalización de la vena umbilical es un hallazgo común en pacientes con cirrosis hepática, con una incidencia reportada de aproximadamente el 26% (2) En imagenología, la ecografía Doppler, la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) permiten identificar el flujo hepatofugal y vasos dilatados, hallazgos clave para su diagnóstico (1). El reconocimiento temprano mediante imágenes evita complicaciones y orienta el manejo adecuado de la causa.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se presenta un caso de paciente masculino de 55 años, con antecedente de daño hepático crónico por alcohol, clasificado como Child-Pugh C, ingresa a un centro de mediana complejidad vía urgencias por cuadro de descompensación de su patología de base, destacando encefalopatía hepática. Durante la hospitalización, se realiza ecografía abdominal, evidenciando recanalización de la vena umbilical con flujo hepatofugal, hallazgo compatible con el síndrome de Cruveilhier-Baumgarten. El estudio imagenológico contribuyó al diagnóstico de hipertensión portal severa y permitió ajustar el manejo clínico, orientado a prevenir complicaciones adicionales.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Los grupos más afectados por el síndrome de Cruveilhier-Baumgarten son aquellos con cirrosis hepática y con hipertensión portal idiopática, debido a las alteraciones hemodinámicas asociadas. Dicho hallazgo en pacientes con cirrosis avanzada, indica hipertensión portal severa (3). Su identificación mediante ecografía permite evaluar la progresión de la enfermedad. No obstante, la recanalización y permeabilidad de la vena paraumbilical reflejan cambios hemodinámicos específicos, su impacto en el pronóstico y en las complicaciones hepáticas parece limitado, según la evidencia disponible. Su utilidad como marcador clínico o terapéutico aún requiere mayor investigación para definir su relevancia en el manejo integral del paciente cirrótico.

PALABRAS CLAVE	“Vena Umbilical”, “Cruveilhier-Baumgarten”, “Cirrosis”
TÍTULO DEL TRABAJO	DISECCIÓN AÓRTICA STANFORD A EN CONTEXTO DE HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD: DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRASLADO OPORTUNO:
CLASE	Caso clínico
CATEGORÍA	Cirugía
AUTOR	Mancilla Marín Javiera (1)
CO-AUTORES	Manzur Novoa Amira (2), López Barraza Ana (3), Steinnigger Stumpp, Johann (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano Etapa Destinación y Formación, Hospital de Futaleufú, Futaleufú (2) Médico Cirujano, Hospital de Futaleufú, Futaleufú (3) Médico Cirujano, CESFAM Villa Alegre, Villa Alegre (4) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Puerto Montt
INTRODUCCIÓN	La disección aórtica tipo A es una emergencia cardiovascular de alta letalidad, cuyo diagnóstico se ve dificultado por su baja frecuencia y síntomas inespecíficos. En establecimientos sin acceso a confirmación diagnóstica inmediata, la sospecha clínica y la articulación con la red asistencial resultan fundamentales. Este caso destaca la importancia del juicio clínico en contextos de baja complejidad y su impacto en el pronóstico del paciente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial no controlada y tabaquismo activo, consultó en un hospital de baja complejidad por dolor torácico súbito, irradiado a cuello, dorso y epigastrio, acompañado de disnea, náuseas y diaforesis. Al examen físico presentaba bradicardia de 38 latidos por minuto, saturación de oxígeno de 80% y presión arterial de 170/110 mmHg, sin asimetría entre brazos. El electrocardiograma no evidenció signos de isquemia y los marcadores cardíacos fueron normales. Se administró oxígeno, atropina y analgesia. Dada la persistencia del cuadro y la bradicardia inexplicada, se decidió su derivación a centro de mayor complejidad. La angiotomografía descartó tromboembolismo pulmonar, pero mostró dilatación de la aorta ascendente. Un segundo estudio confirmó disección aórtica Stanford tipo A, con hematoma intramural en el arco y

flap extendido hasta la arteria ilíaca derecha. Se inició manejo médico y se coordinó traslado urgente a centro cardioquirúrgico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La presentación con bradicardia en el contexto de una disección aórtica es infrecuente y podría deberse a estimulación vagal por compromiso del cayado aórtico. Este hallazgo, junto con los factores de riesgo del paciente, permitió orientar precozmente la sospecha diagnóstica. El caso destaca la relevancia de la valoración clínica cuidadosa ante cuadros atípicos y subraya la necesidad de contar con redes asistenciales ágiles que faciliten una derivación oportuna y eficaz.

PALABRAS CLAVE Síndrome Aórtico Agudo, Disección aórtica, Bradicardia

TÍTULO DEL TRABAJO FASCITIS NECROTIZANTE SECUNDARIA A ABSCESO RETROPERITONEAL DE ORIGEN DIVERTICULAR:

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA (d) Cirugía

AUTOR Araya Rubio Bárbara (1)

CO-AUTORES Urrutia Arias Pablo (1), Fuentes Dahl Gonzalo (1), Pinilla Hermosilla Matías (1)

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Curanilahue

INTRODUCCIÓN La fascitis necrotizante (FN) es una infección grave de tejidos blandos con alta mortalidad. Aunque usualmente se origina por diseminación local, puede ser secundaria a focos intraabdominales, dificultando el diagnóstico temprano. La presentación cutánea atípica de la FN de origen intraabdominal puede retrasar el tratamiento. Este caso describe el diagnóstico y manejo de una FN en extremidad inferior como manifestación de un absceso retroperitoneal por diverticulitis.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente de 86 años con múltiples comorbilidades cardiovasculares, consultó por aumento de volumen de 12 horas de evolución en muslo izquierdo. Ingresa desorientada, taquicárdica e hipotensa. El examen físico reveló aumento de volumen eritematoso y doloroso en el muslo izquierdo con hematoma. En el laboratorio destaca leucocitosis. Se sospechó inicialmente loxoscelismo cutáneo, sin embargo, el escáner de la extremidad evidenció aire subcutáneo extenso sugiriendo absceso retroperitoneal de origen diverticular. Por alta sospecha de FN secundaria a diverticulitis. Se realizó exploración quirúrgica urgente, confirmándose FN en el muslo comunicada con un absceso

retroperitoneal por perforación diverticular. Se realizó desbridamiento radical. La paciente fue trasladada a la Unidad de Paciente Crítico para manejo postoperatorio, falleciendo a los 14 días. Se obtuvo consentimiento informado por parte de familiar para su publicación.

DISCUSIÓN Y

CONCLUSIONES presentación cutánea inicial es inusual y plantea un reto diagnóstico. La rápida progresión de los signos clínicos y los hallazgos imagenológicos son cruciales para sospechar la etiología. La importancia de considerar fuentes de infección no contiguas en infecciones de tejidos blandos de rápida evolución debe ser aquello que produzca la alta sospecha clínica con el objetivo de que el tratamiento sea oportuno y reduzca su mortalidad.

PALABRAS CLAVE Absceso, diverticulitis, fascitis necrotizante

TÍTULO DEL TRABAJO COLELITIASIS INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

CLASE Caso clínico (CC)

CATEGORÍA C) Pediatría y cirugía pediátrica

AUTOR Quevedo Marilao Ambar(1)

CO-AUTORES Saravia Valderrama Juan (1), Carrasco Cisterna Carolina (1), Barz Olmedo Catalina (2)

AFILIACIÓN (1) Médico general de zona, Hospital de Lota, Lota (2) Médico integral, Hospital de Lota, Lota

INTRODUCCIÓN La colestiasis infantil, representa una entidad clínica poco frecuente pero cada vez más reconocida gracias al uso extendido de la ecografía abdominal en la población pediátrica. Esta condición suele ser asintomática y de curso benigno, con resolución espontánea en la mayoría de los casos; sin embargo, en ciertas circunstancias puede asociarse a complicaciones significativas como colecistitis, colestasis u obstrucción biliar.

PRESENTACIÓN DEL CASO Lactante femenina de 3 meses y 10 días de vida, nacida por cesárea a las 38 + 5 semanas de gestación. Hija de madre primigesta, sin patologías crónicas, con hospitalización a las 29 semanas de gestación por restricción del crecimiento intrauterino tipo 2, situación que evolucionó favorablemente, permitiendo un alta precoz sin complicaciones. Presentó cuadro de 10 días de evolución de rechazo alimentario,

constipación y cólicos abdominales, sin alteraciones al examen físico. Se solicitó ecografía abdominal que evidenció vesícula con múltiples imágenes hiperecogénicas puntiformes que se movilizan con cambios posturales, sugerentes de microlitiasis. No presentó alteraciones exámenes de laboratorio, por lo que hallazgo ecográfico se consideró como incidental no relacionado con cuadro actual, se indicó manejo sintomático y se cita a control a las 4 semanas. Al control paciente asintomática, sin complicaciones, se decide alta sin nuevo control ecográfico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La colelitiasis pediátrica es una condición poco frecuente, con una incidencia baja en recién nacidos. Generalmente se detecta de forma incidental mediante ecografía, ya que suele ser asintomática y de resolución espontánea. Entre los factores de riesgo se encuentran la prematuridad, nutrición parenteral y enfermedades hemolíticas, aunque en muchos casos, no se identifica una causa clara. A pesar de su baja prevalencia, su identificación ha cobrado mayor relevancia en el contexto del control perinatal moderno. Esto exige una aproximación clínica que combine prudencia, seguimiento ecográfico y la adecuada valoración de factores de riesgo en cada caso.

PALABRAS CLAVE Colelitiasis, Lactante, Ultrasonografía.

TÍTULO DEL TRABAJO MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA PULMONAR: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN UNA PACIENTE ESCOLAR:

CLASE Caso clínico (CC).

CATEGORÍA C) Pediatría y Cirugía infantil.

AUTOR Quezada Valenzuela Paula (1).

CO-AUTORES Apablaza Eulufi Matias (1).
Carrasco Honores Loreto (1).
Carrasco Honores Marlene (2).

AFILIACIÓN (1) Médico General de Zona, Hospital de Quirihue, Quirihue.
(2) Interna Medicina Universidad de O'Higgins, Hospital Franco Ravera Zunino, Rancagua.

INTRODUCCIÓN Las malformaciones arteriovenosas pulmonares (MAVP) son comunicaciones vasculares anormales y directas entre las arterias y venas pulmonares que generan cortocircuitos de derecha a izquierda de alto flujo, lo que permite que la sangre venosa sistémica evite el intercambio de gases y el procesamiento del lecho capilar pulmonar.

Como resultado, se produce hipoxemia y mayores demandas ventilatorias. Las últimas estimaciones sugieren una prevalencia de aproximadamente 1 en 2600 habitantes. La mayoría de las MAVP (70% o más) están asociadas al Síndrome autosómico dominante: Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina de 9 años, antecedentes de asma bronquial presenta en noviembre 2024 episodio de insuficiencia respiratoria catalogada como crisis asmática grave que requirió hospitalización, oxigenoterapia, corticoides y antibióticos. Tras mejoría, fue dada de alta, pero reincidió con episodios de desaturación y disnea, por lo que se hospitaliza nuevamente para estudio. En la misma, producto de iniciar con palpitaciones y lipotimias empezó estudio con cardiología, ecocardiograma compatible con hipertensión pulmonar leve. Se complementa con angiotomografía revelando MAVP en los segmentos medial y posterior del lóbulo inferior derecho. Se realizó embolización con coils en los vasos patológicos y se logró reducir en un 70-75% el flujo sanguíneo anormal. La paciente recibió seguimiento y estudios genéticos para descartar síndrome de Rendu-Osler-Weber, dado el hallazgo de la malformación vascular descrita. Actualmente, continúa en seguimiento especializado ambulatorio, con mejoría clínica e imagenológica. Madre firma consentimiento informado para publicación de caso clínico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La malformación arteriovenosa pulmonar es una patología poco frecuente, pero con implicancias clínicas significativas. En este caso la paciente pediátrica presenta inicialmente síntomas sugestivos de crisis asmática con mala respuesta a tratamiento retrasando así el diagnóstico correcto hasta la realización de angiotomografía pulmonar que es el gold estándar. Esto destaca la importancia de considerar diagnósticos diferenciales en el enfrentamiento de pacientes con hipoxemia refractaria o síntomas respiratorios atípicos.

PALABRAS CLAVE Disnea, Insuficiencia respiratoria, Malformaciones Arteriovenosas.

TÍTULO DEL TRABAJO FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO COMO PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO, REPORTE DE CASO:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA b) Medicina interna

AUTOR Wood Marshall Thomas (1)

CO-AUTORES	Sabah Gottschalk Lecaros Rojas Joaquín (3)	Villalobos Cuevas	Mijal María	(2) (3)
AFILIACIÓN	(1)Médico Becado Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile, Santiago. (2)Médica Becada Medicina Interna, Hospital FACH, Universidad Mayor, Santiago. (3)Interno de Medicina, Universidad Mayor, Santiago.			
INTRODUCCIÓN	La fiebre de origen desconocido (FOD) es un desafío diagnóstico en la práctica clínica. Entre sus causas está la enfermedad por arañazo de gato, producida por Bartonella henselae mediante el arañazo de gatos infectados. Su presentación clínica es variable (fiebre, malestar general, linfadenopatías, etc.).			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 18 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por fiebre de 3 semanas de evolución de predominio vespertino. Niega conductas sexuales de riesgo, viajes recientes. Exámenes destacan: Leucocitosis (11.900), monocitosis (9%), aumento de VHS (35) y PCR (17.54), elevación de transaminasas y escáner abdomen y pelvis: “múltiples adenopatías mesentéricas y esplenomegalia leve”. Durante la hospitalización cursa con peaks febriles. Se solicitan exámenes para descartar etiología infecciosa y escáner de cuello y tórax, que informa “múltiples pequeños linfonodos prominentes con refuerzo en cadenas yugulares internas, espacios submandibulares y submentonianos”. Ecocardiograma sin hallazgos. Se solicitó evaluación por Hematología, quien indica realizar PET-CT para descartar síndrome linfoproliferativo, informando “adenopatías hipermetabólicas axilar derecha, ligamento gastrohepático y raíz del mesenterio, considerar síndrome linfoproliferativo”. Se decide realizar biopsia de adenopatía axilar derecha, día en el cual se rescata resultado de serología IgG Bartonella henselae positivo (títulos 1/1280). Se inicia manejo con Doxiciclina por 21 días.			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Se presenta el caso de un joven con FOD y múltiples adenopatías. En función de la prevalencia, se inició estudio descartando causas infecciosas, que en primera instancia resultaron negativas, luego se descartaron causas reumatológicas y hematológicas, siendo el principal diagnóstico diferencial un síndrome linfoproliferativo. Se tuvo accesibilidad a todos los estudios diagnósticos, permitiendo llegar al diagnóstico de enfermedad por arañazo de gato. Este caso expone una manifestación atípica de la enfermedad, asociado a compromiso extraganglionar con infiltración hepato-esplénica. Cabe destacar la importancia de la anamnesis y exploración física como piedra angular			

del labor médico, que permitió realizar diagnóstico y tratamiento adecuados.

PALABRAS CLAVE	Fiebre de Origen Desconocido, Bartonella henselae, Enfermedad por Rasguño de gato, Linfadenopatía, Esplenomegalia.
TÍTULO DEL TRABAJO	ROL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD RURAL EN UN CASO DE TUBERCULOSIS PULMONAR CON REACCIÓN ADVERSA A DROGAS ANTITUBERCULOSAS:
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Araneda San Martín Esther (1)
CO-AUTORES	Campos Castillo Javiera (2), Oñate Dal Santo Macarena (3), Saavedra Jiménez Pablo (4)
AFILIACIÓN	(1) Médica en Etapa de Destinación y Formación, Departamento de Salud Municipal de Combarbalá, Combarbalá. (2) Becada Programa Medicina Familiar, Universidad de Valparaíso, Valparaíso. (3) Médica en Etapa de Destinación y Formación, Hospital Intercultural Kallvu Llanka, Cañete. (4) Odontólogo en Etapa de Destinación y Formación, Departamento de Salud Municipal de Combarbalá, Combarbalá.
INTRODUCCIÓN	Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) antituberculosos son efectos secundarios no deseados que pueden ocurrir durante el tratamiento de la tuberculosis, pueden variar en severidad, desde leves hasta graves. El objetivo de este trabajo es exponer el rol crucial de la Atención Primaria de Salud (APS) rural en un caso de tuberculosis pulmonar con RAM a drogas antituberculosas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Hombre de 69 años, con antecedente de silicosis y ruralidad extrema. Presenta cuadro de tos con expectoración de 1 mes, disnea y baja de peso. Tomografía computarizada de tórax informa “extensa neumopatía multifocal bilateral, con voluminosa consolidación y gran cavitación en lóbulo superior izquierdo”. Se toma muestra de expectoración para GeneXpert resultando positivo, sin resistencia a rifampicina. Inicia tratamiento con dosis fija combinada (rifampicina, isoniacida, pirazinamida, etambutol), recibiendo fármacos en domicilio gestionado por APS rural, destacando a la onceava dosis rash cutáneo y elevación de transaminasas. Se suspende tratamiento y realiza esquema de investigación de RAM, presentando malestar general y vómitos con etambutol. Por complejidad del caso se presenta al Comité Nacional de

Tuberculosis, indicándose terapia extendida con rifampicina, isoniazida y levofloxacino. Paciente actualmente recibiendo tratamiento y seguimiento estrecho por APS rural.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso evidencia los desafíos de la atención en salud rural, como el difícil acceso a centros de mayor complejidad y las barreras geográficas y socioculturales. No obstante, destaca el rol crucial de la APS rural en garantizar una atención oportuna, el inicio precoz del tratamiento, la detección de RAM y la coordinación con niveles especializados. La APS permitió mantener la adherencia terapéutica mediante seguimiento personalizado, adaptándose a la evolución clínica del paciente. Este modelo de atención integral demuestra cómo, a pesar de las limitaciones del entorno rural, una APS fortalecida puede ser clave en el manejo exitoso de enfermedades complejas como la tuberculosis.				
PALABRAS CLAVE	Antituberculosos, Atención Primaria de Salud, Reacción Adversa a Medicamentos, Tuberculosis Pulmonar.				
TÍTULO DEL TRABAJO	USO DE MELENA DE LEÓN COMO TRATAMIENTO EN SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA, A PROPÓSITO DE UN CASO:				
CLASE	Caso clínico (cc)				
CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)				
AUTOR	Vera Araneda Edgardo (1)				
CO-AUTORES	Ledermann Schneider	Piderit Castro	María Sofía	Fernanda	(1) (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico/a General de Zona, Centro de Salud Familiar Chiguayante, Concepción. (2) Interno(a) Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.				
INTRODUCCIÓN	El Trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo constituye una respuesta desproporcionada ante un evento estresante identificable, con afectación significativa en el funcionamiento diario. El caso presentado busca contribuir a la discusión sobre el uso de tratamientos complementarios, particularmente el hongo Melena de león (<i>Hericium erinaceus</i>), en cuadros con sintomatología ansiosa-depresiva de difícil respuesta farmacológica.				
PRESENTACIÓN DEL CASO	Varón de 54 años, técnico en control de plagas, en controles de salud mental desde 2024 por Trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo relacionado a conflictos de pareja, inicia tratamiento con Venlafaxina,				

Lamotrigina y Quetiapina, pero a pesar de correcta adherencia hipersomnolencia, ansiedad, inatención e ideación suicida ocasional sin gatillante claro. Ante escasa respuesta terapéutica, refiere uso complementario de hongo Melena de león (20 gotas diarias), luego de que se lo recomendaran en farmacia, desde el cual reporta notoria mejoría clínica: reducción de ansiedad, mejor calidad de sueño, funcionalidad laboral recuperada. Actualmente paciente se encuentra en seguimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El caso ilustra los desafíos clínicos en cuadros ansioso-depresivos de difícil manejo, abriendo la discusión sobre el uso de tratamientos no convencionales como la Melena de león. Si bien existen antecedentes tanto de sus efectos neuroregenerativos y ansiolíticos, como de su buena tolerancia sin efectos adversos reportados, se requiere mayor evidencia científica. Este reporte contribuye al debate sobre su potencial uso coadyuvante en psiquiatría, sobre todo en pacientes con respuesta parcial a la farmacoterapia usual, ya que estos fármacos al ser de venta libre presentan un mayor acceso a los pacientes, sin tener en cuenta las consideraciones farmacodinámicas que están presentes como en cualquier otro fármaco prescrito, por lo que es de suma importancia conocer, evaluar y considerarlos en la práctica clínica.
PALABRAS CLAVE	Ansiedad, Salud Mental, Terapias complementarias
TÍTULO DEL TRABAJO	GEOFAGIA POR ANEMIA FERROPÉNICA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO, UNA PRESENTACIÓN DE CASO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	c) Pediatría y Cirugía Infantil
AUTOR	Araya Morales Fabián (1)
CO-AUTORES	Latuz Piña Paulo (1), Tapia Touma Sofía (2), Vargas Castillo Martina (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico en Etapa de Destinación y Formación, Hospital de Marchigüe, Marchigüe (2) Interna de Medicina, Universidad Diego Portales
INTRODUCCIÓN	La pica es un trastorno de la alimentación, definido como la necesidad de ingerir elementos no alimenticios durante mínimo un mes, descartando causas culturales y considerando el nivel de desarrollo del individuo. Puede manifestarse mediante consumo de tierra (geofagia),

hielo, jabón, entre otros. Estudios evidencian asociación entre la pica y anemia ferropénica (AF), aunque aún sin un mecanismo claro. Por su lado, la AF es el trastorno hematológico más frecuente en lactantes, siendo su principal etiología debido a déficit de hierro en la alimentación.

PRESENTACIÓN DEL CASO Lactante mayor masculino de término de 1 año 10 meses, con antecedente de ictericia fisiológica tratada. Consultan dado un mes de geofagia intermitente, mayormente barro y episodio aislado de consumo de arena. Niega diarrea, vómitos, fiebre, convulsiones, dolor abdominal, hemorragias. Madre con antecedente de AF durante embarazo, y paciente con profilaxis insuficiente dado mala tolerancia oral a sulfato ferroso. Sin hallazgos en examen físico. Estudio inicial con recuento hematológico y parasitológico seriado de deposiciones. Destaca una hemoglobina 8.3 g/dl, con volumen corpuscular medio 54.9, resto de líneas sin alteraciones. Dado anemia moderada microcítica posiblemente ferropénica, se policromatofilia y poiquilocitosis. Perfil hepático, función renal y lactato deshidrogenasa en rango normal para la edad. Perfil de hierro confirma ferropenia, iniciando tratamiento con hierro elemental vía oral. Al mes, con disminución de episodios, pero adherencia irregular al tratamiento. Hemoglobina recontrol 9.9 g/dl. Se mantiene tratamiento y se cita en tres meses.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Es relevante reconocer la geofagia, como manifestación de AF en pediatría. El diagnóstico oportuno permitió iniciar tratamiento con hierro oral, logrando mejoría clínica y hematológica. El antecedente de suplementación inadecuada refuerza la importancia de la vigilancia nutricional. Identificar y tratar precozmente la AF puede prevenir complicaciones, como alteraciones neurológicas, inmunológicas y del crecimiento.

PALABRAS CLAVE Anemia ferropénica, Lactante, Pica

TÍTULO DEL TRABAJO RECONSTRUCCIÓN GINGIVAL A TRAVÉS DE PRÓTESIS FIJA PLURAL. REPORTE DE CASO:

CLASE Caso Clínico (CC)

CATEGORÍA i) Odontología

AUTOR Aguayo Saldías Catalina (1)

CO-AUTORES	Rojas	Martínez	Sara	(2)
	Cueto	Jiménez	Violeta	(3)
	Jofre Aravena Ciro (4)			
AFILIACIÓN	1) Odontóloga EDF becada Rehabilitación oral, Facultad de Odontología, Universidad de Concepción. 2) Odontóloga EDF en destinación Servicio de Salud Aconcagua, CESFAM Cordillera Andina, Los Andes. 3) Periodoncista, Servicio de Salud Ñuble (ex odontóloga EDF SSN) Rehabilitación Oral, Universidad de Concepción.			
INTRODUCCIÓN	La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune inflamatoria que afecta múltiples órganos, incluyendo los tejidos periodontales. El metotrexato (MTX), tratamiento farmacológico de primera línea, puede impactar negativamente la mucosa oral, disminuyendo la microcirculación y dificultando la cicatrización de tejidos. En odontología, estos efectos son relevantes para el manejo rehabilitador en pacientes con alteraciones periodontales. Este reporte presenta una alternativa terapéutica ante la pérdida severa de tejidos duros y blandos en el sector anterosuperior maxilar.			
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 51 años, en tratamiento con MTX por artritis reumatoide, acude a la clínica de rehabilitación oral. El examen intraoral revela pérdida del periodonto en la zona estética tras una cirugía mucogingival. Se indican exámenes complementarios y se planifica una prótesis fija plural dentogingival de zirconio con cutback de cerámica feldespática.			
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El uso de MTX en dosis bajas es cada vez más frecuente, especialmente en artritis reumatoide. Es esencial que los odontólogos conozcan sus efectos orales, incluyendo reportes de osteonecrosis mandibular asociada. En este caso, se optó por una prótesis fija con gingiva artificial para lograr una integración estética entre tejidos naturales y artificiales. El zirconio, por su biocompatibilidad, baja reactividad y superficie lisa, es ideal en contacto con encía. Las cerámicas feldespáticas permiten una estética protésica favorable. El uso de gingiva artificial facilitó un equilibrio estético entre dientes, papilas y labios. Cuando la pérdida de tejidos no puede resolverse quirúrgicamente, una prótesis gingival bien planificada puede restablecer la anatomía del periodonto perdido y ofrecer una estética satisfactoria para el paciente.			
PALABRAS CLAVE	Methotrexate/adverse effects, Prosthetic Gingival Reconstruction, Zirconia Restorations			

TÍTULO DEL TRABAJO	VARIANTES INFRECUINTES DE LIQUEN PLANO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso clínico
CATEGORÍA	H. Especialidades (Dermatología)
AUTOR	Vásquez Sagal Camila (1)
CO-AUTORES	Barahona Velis Bryan Ignacio (2) Hevia Oróstica Susi Marilyn (3) Marchioni Yañez Antonio Alejandro (3)
AFILIACIÓN	(1). Médico General de Zona. Posta de Salud Rural Peralillo. Illapel (2). Médico general. CESFAM Magisterio, Talca. (3). Médico General de Zona. CESFAM Maule, Maule.
INTRODUCCIÓN	El liquen plano (LP) es una enfermedad inflamatoria que afecta a la piel, fanéreos y mucosas. Existen varios patrones de LP dependiendo de la configuración, localización y morfología de las lesiones. El liquen plano hipertrófico (LPH) es una variante poco frecuente del LP, caracterizada por placas hiperqueratósicas y pruriginosas, especialmente en extremidades inferiores. La etiología es desconocida pero se han estudiado variantes autoinmunes o virales. Puede simular clínicamente neoplasias malignas como carcinoma escamoso, por lo que la correlación clínico-patológica es esencial para su diagnóstico. Su presentación puede asociarse a enfermedades metabólicas como dislipidemia, diabetes o hipotiroidismo. Este reporte busca describir las características clínicas y manejo del LPH a partir de un caso clínico-patológica.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino de 74 años, con antecedentes de hipotiroidismo y dislipidemia, consulta por cuadro de 9 meses, caracterizado por lesiones pruriginosas de predominio nocturno tipo placa en tronco anterior, brazos y piernas. Se plantea diagnóstico de tiña y se inicia tratamiento. Reconsulta por persistencia del cuadro. Al examen físico presenta lesiones redondeadas eritematosas con borde definido en región anterior de tórax y lesiones descamativas de bordes irregulares en antebrazo y pierna izquierda, liquenificadas, descamativas y pruriginosas. Se presenta caso a través de hospital digital, dermatólogo sugiere diagnóstico de LPH e indica tratamiento corticosteroides tópicos, estudio de serología viral y control.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	El LPH representa un desafío diagnóstico por su similitud con otras entidades dermatológicas y la potencial asociación con condiciones sistémicas. En este caso específico, la distribución de las lesiones es poco

frecuente. La biopsia cutánea es fundamental para el diagnóstico y descartar otras patologías. El tratamiento incluye corticoides tópicos potentes, terapia intralesional y, en casos resistentes, agentes sistémicos. Es esencial realizar un seguimiento, debido a que la forma hipertrófica puede persistir por años y, raramente, malignizar.

PALABRAS CLAVE	Liquen plano, Enfermedades de la piel, dermatosis
TÍTULO DEL TRABAJO	ASCITIS FÚNGICA, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina Interna
AUTOR	Bastías Astudillo Consuelo (1)
CO-AUTORES	Sánchez Zenteno Eduardo (1), Faúndes Saravia Francisca (2), Donoso Letelier María Jesús (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de Licantén, Licantén (2) Médico cirujano, Cesfam Las Américas, Talca
INTRODUCCIÓN	El aislamiento de hongos en el líquido ascítico (LA) en pacientes con daño hepático crónico (DHC) es un evento poco común y poco estudiado en la literatura actual. Con mayor frecuencia se observa el aislamiento de bacterias en LA, siendo la peritonitis bacteriana espontánea (PBE) una de las complicaciones más graves de los pacientes cirróticos. La ascitis fúngica (<250 /uL polimorfonucleares (PMN) en LA) o Peritonitis Fúngica Espontánea (PFE) (> 250 /uL) en contraste, no es tan común.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente masculino, 73 años, con antecedente de alcoholismo crónico, consulta por cuadro de 3 días de evolución de compromiso del estado general, hiporexia y aumento de perímetro abdominal. Al examen físico desorientado, icterico, con ascitis a tensión. Se realiza paracentesis diagnóstica y terapéutica. Se solicita escáner de tórax, abdomen y pelvis, que evidencia foco de consolidación pulmonar basal derecha asociado a leve derrame pleural, signos de DHC e importante ascitis. Se decide iniciar tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona por neumonía y sospecha de PBE. Posteriormente se reciben resultados de estudios: Citoquímico de LA con Leu 315.0 /uL PMN 17.8%, descartando PBE. Cultivo de LA positivo para C. albicans. Hemocultivos periféricos I y II negativos a los 5 días. Se decide tratamiento por fungoascitis con

fluconazol por 7 días. Paciente evoluciona favorablemente, por lo que se decide alta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	La PFE es una forma poco frecuente de peritonitis espontánea en los pacientes cirróticos, y su incidencia no está bien descrita. El aislamiento de hongos en el LA por tanto, genera dudas acerca de su valor clínico y la necesidad o no de iniciar tratamiento específico. Sin embargo, en estudios publicados de series de pacientes con aislamiento de hongos en el LA se evidenció que pacientes con PFE tienen peor pronóstico, con mayor mortalidad a corto plazo que pacientes con PBE.
PALABRAS CLAVE	Ascitis, Cirrosis, Peritonitis
TÍTULO DEL TRABAJO	EL CAMINO EQUIVOCADO: HEMATURIA NO GLOMERULAR Y UN CÁNCER DE VEJIGA OCULTO:
CLASE	Caso clínico (CC)
CATEGORÍA	H) Especialidades: urología
AUTOR	Araya Vásquez Tatiana (1)
CO-AUTORES	Jiménez Bustos Gabriela (2), Caro Pino Javiera (3), González Celis Camila (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital de San Javier, Maule. (2) Médico General de Zona, Hospital de Licantén con desempeño en Departamento de salud municipal de Licantén, Licantén, Maule. (3) Médico General de zona, Hospital de Licantén con desempeño en Departamento de salud municipal de Vichuquén, Vichuquén, Maule. (4) Médico General de Zona, Hospital de San Javier, Maule.
INTRODUCCIÓN	La hematuria es un hallazgo clínico frecuente que puede tener múltiples etiologías, siendo en su mayoría benignas. Desde los 45 años, la hematuria macroscópica persistente debe ser considerada un signo de alarma, dado su asociación a cáncer de tracto urinario. El cáncer de vejiga representa la décima neoplasia más común a nivel mundial, con una mayor prevalencia en hombres, pero su diagnóstico en mujeres suele presentarse en etapas más avanzadas debido a una menor sospecha inicial. En el siguiente caso se destaca la importancia de considerar patologías oncológicas en el diagnóstico diferencial de hematuria persistente.

PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 72 años consulta en atención primaria por cuadro de 1 semana de evolución caracterizado por hematuria macroscópica evidente, se asocia con edema de extremidades inferiores progresiva y una disminución del débito urinario, dentro de sus últimos exámenes vigentes con función renal levemente disminuida. Dado hallazgos de un síndrome nefrítico es derivada a servicio de urgencias (SU) rural por sospecha de una glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP), en SU realizan exámenes destacando creatinina en 6.7 mg/dL con una velocidad de filtración glomerular estimada en 6.7, siendo ingresada en hospital de mayor complejidad como falla renal aguda con sospecha de GNRP. En dicho centro permanece 1 mes hospitalizada con múltiples estudios inmunológicos los cuales resultan negativos, persistiendo falla renal. Finalmente, se solicita uroTAC que describe: engrosamiento parietal difuso de la vejiga inespecífico, se sugiere descartar proceso oncológico.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Presentamos el caso de una mujer adulta mayor que consultó por hematuria persistente, inicialmente orientada hacia una causa de origen renal, pero cuyo estudio posterior reveló un carcinoma vesical. Este caso resalta la importancia de un enfoque diagnóstico integral y la necesidad de mantener un alto índice de sospecha ante la presencia de hematuria, particularmente en poblaciones de riesgo como lo son adultos mayores.
PALABRAS CLAVE	Diagnóstico Diferencial, Hematuria, Neoplasias de la Vejiga Urinaria
TÍTULO DEL TRABAJO	CONDRODERMATITIS NODULAR DEL HÉLIX: REPORTE DE CASO EN MUJER DE 88 AÑOS:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	h) Especialidades (Dermatología)
AUTOR	Carrasco García Paula Fernanda (1)
CO-AUTORES	Carrasco García Bárbara Constanza (2)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Posta Salud Rural de Moquella, Servicio de Salud Tarapacá, Iquique, Chile. (2) Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
INTRODUCCIÓN	La condrodermatitis nodular del hélix (CNH) es una condición inflamatoria benigna que afecta piel y cartílago del pabellón auricular. Suele manifestarse como un nódulo doloroso al tacto, que mide entre 4-

6 mm y presenta una costra central. Se presenta con mayor frecuencia en hombres de piel clara, con predilección por la oreja derecha. La mayoría tiene más de 60 años de edad al momento del diagnóstico (75%). Es importante el potencialmente malignas como la queratosis actínica, o malignas como el carcinoma basocelular o espinocelular.

PRESENTACIÓN DEL CASO Mujer de 88 años, antecedentes de hipertensión arterial compensada, hace 1 año presenta lesión nodular de 4 (diámetro) por 3 mm (espesor), en borde inferior del hélix izquierdo con superficie descamativa, eritema intermitente, prurito y dolor local, asociado a insomnio al decúbito lateral izquierdo. Sin linfadenopatía. Recibió corticoides tópicos (Betametasona 0.1%, crema) por 3 meses, sin respuesta. A la histopatología, se observa piel con edema y degeneración fibrinoide del colágeno y ulceración de la epidermis suprayacente. Dermis vecina con dermatosis solar, compatible con CNH. Se indica infiltración intralesional de betametasona (Dacam® Rápido-Lento) cada 3 semanas, 3 veces. Se observa involución de la lesión, asintomática post-tratamiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES CNH tiene buen pronóstico, pero la recuperación puede tardar meses y rara vez se resuelve espontáneamente. La anatomía del pabellón auricular propende a estas lesiones por su exposición y limitada vascularización. La presión crónica del pabellón auricular provoca vasculitis pericondrial, isquemia, necrosis y finalmente una reacción inflamatoria que culmina CNH. Aunque su etiología aún es desconocida, se sugiere evitar dormir constantemente del mismo lado, el uso continuo/prolongado de audífonos y otros dispositivos para la cabeza. Es importante una anamnesis exhaustiva (tiempo de evolución, desencadenantes del dolor y presencia de linfadenopatías) para el correcto diagnóstico e interconsulta oportuna a Dermatología.

PALABRAS CLAVE Corticoesteroides, Dermatitis, Inyecciones Intralesiones, Neoplasias cutáneas, Neoplasias del oído.

TÍTULO DEL TRABAJO Mucocelo, Lesión de glándula salival menor.

CLASE Odontología

CATEGORÍA Caso clínico (cc)

AUTOR Rojas Medina Fernanda (1)

CO-AUTORES	Otero		Abarca		Olivia		(2)
	Hernandez Carrasco Sebastian		(3)				
AFILIACIÓN	(1)	Odontóloga	EDF	CESFAM	San	Rosendo	
	(2)	Odontóloga	EDF	Hospital	de	Coelemu	
	(3) Odontólogo EDF CESFAM Llay Llay						
INTRODUCCIÓN	Un mucocelo es una lesión benigna (LB) que generalmente se forma cuando un conducto de una glándula salival menor se obstruye o daña por causa traumática. Presenta una incidencia cercana al 2,4% mundial y en Chile de un 5,4 %, catalogando una lesión común, suele generar sintomatología en relación a su ubicación tanto funcionales como estéticas, donde un diagnóstico/derivación oportuna podrían generar una solución rápida y efectiva.						
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 20 años, presenta una lesión única localizada en cara interna del labio inferior, de aproximadamente 6 x 6 mm de diámetro, evolución de 6 meses. Refiere que la lesión varía de tamaño, y aunque no presenta dolor, molestia al hablar y al comer. Niega episodios de sangrado o secreción, así como antecedentes traumáticos evidentes, aunque refiere a morderse ocasionalmente el labio por hábito						
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Mucocelo es una LB causada por la extravasación del moco de una glándula salival menor, generalmente como resultado de un trauma repetitivo. Se observa con frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes, siendo el labio inferior la localización más común. Existen dos tipos Mucocelo de extravasación, más frecuente, asociado a rotura de un conducto salival y Mucocelo de retención menos comunes, causados por obstrucción del conducto. Aunque la presentación clínica puede ser característica, el diagnóstico definitivo se confirma por estudio histopatológico. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa de la lesión junto con la glándula salival asociada para prevenir recurrencias. Otras opciones incluyen la marsupialización o el láser, especialmente en pacientes pediátricos o con lesiones de gran tamaño. En el caso presentado, la evolución fue favorable, sin signos de reincidencia posterior a la escisión quirúrgica, se enfatizó la importancia de eliminar el mal hábito. Se debe enfatizar en el diagnóstico oportuno y tratamiento correcto para disminuir la reincidencia de la lesión.						
PALABRAS CLAVE	Glándula salival, Lesión benigna, Labio, Trauma						

TÍTULO DEL TRABAJO	CARACTERIZACIÓN EN URGENCIAS ODONTOLÓGICAS AMBULATORIAS, HUARA 2024:
CLASE	Trabajo de Investigación (TI)
CATEGORÍA	i) Odontología
AUTOR	Muñoz Ruiz Karla (1)
CO-AUTORES	Massiel Pérez Macarena (2), Orellana Sanhuesa Andrea (2).
AFILIACIÓN	(1) Cirujana Dentista EDF, CGR Dr. Amador Neghme R., Huara. (2) Cirujana Dentista EDF, CESFAM Dr. Juan Marques Vismara, Pica.
INTRODUCCIÓN	Huara es una comuna rural de Iquique, ubicada a 75 km. Las urgencias odontológicas (UOA) comprenden un conjunto de patologías buco-máxilo-faciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención, tanto en los centros de salud primaria como en los servicios de atención secundario y terciario. Dentro de las UOA encontramos la pericoronaritis, patología pulpar inflamatoria, infecciones odontogénicas, gingivitis úlcero-necrótica (GUN), trauma dentoalveolar (TDA) y complicaciones post-exodoncias. Determinar la mayor incidencia de UOA tanto en índice, sexo y rango etario en Huara 2024.
MATERIALES Y MÉTODOS	Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo de UOA en Huara 2024, donde hubieron 102 UOA de toda la población.
RESULTADOS	De las 102 UOA, el 59% son patologías pulpares inflamatoria, 22% infecciones odontogénicas, 7% pericoronaritis, 7% complicaciones post-exodoncias, 4% TDA y 2% GUN. El 52% que presenta UOA este año son mujeres y el 48 % son hombres. Y el rango etario que más se repite es entre 30-39 años.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Las UOA más comunes, establecidas por investigaciones a nivel mundial apuntan en primera instancia al dolor dentario, con o sin infección, en adultos entre 19 y 35 años. En los niños menores de 7 años, la consulta de mayor frecuencia es el trauma dento-alveolar agudo, comúnmente causado por caídas y accidentes en bicicletas (Lewis, 2003). Esta comuna no se encuentra fuera de las estadísticas nacionales, pues su mayor prevalencia de las UOA es de patologías pulpares; encontrándose dentro del rango etario principalmente de 30-39 años y siendo en su mayoría de sexo femenino. Esto se puede deber a diversos factores, tanto por diversidad geográfica, problemas socioeconómicos, por lo cual lo más probable de estas UOA son pacientes que no han

tenido tratamiento dental o que han dejado sus tratamientos sin término.

PALABRAS CLAVE	Huara, Patología pulpar inflamatoria, Urgencias odontológicas ambulatorias (UOA),
TÍTULO DEL TRABAJO	“Telepatología Oral, la importancia del trabajo conjunto médico-odontológico:”
CLASE	Trabajo de Investigación
CATEGORÍA	i) Odontologia
AUTOR	Rojas Medina Fernanda (1)
CO-AUTORES	Molina Castro Constanza (2) Rojas Medina Ignacia (3)
AFILIACIÓN	(1) Odontóloga EDF CESFAM San Rosendo (2) Médica EDF CESFAM San Rosendo (3) Interna Odontologia
INTRODUCCIÓN	La implementación de la célula de patología Oral (CPO) es una estrategia del Ministerio de Salud para gestionar la demanda. Esta se implementó desde el año 2022, enfocada en el diagnóstico precoz de cáncer oral (CO). En el caso de Chile, en CO se estimó una tasa de incidencia entre los años 2003-2010, de 3,1 para hombres y 1,8 para mujeres por 100.000 habitantes por año, teniendo una tendencia al alza, principalmente, en el género femenino. El objetivo de esta investigación es describir a la población y los diagnósticos de los pacientes derivados mediante CPO en el Centro de Salud familiar (CESFAM) de San Rosendo
MATERIALES Y MÉTODOS	Estudio descriptivo, retrospectivo de la célula de patología oral de los pacientes CESFAM San Rosendo desde 2022 a Marzo 2025.
RESULTADOS	Del total de interconsultas realizadas, el 57% correspondió a derivaciones de pacientes de sexo femenino con un tiempo promedio de respuesta de 3-4 días hábiles. Del total de derivaciones registradas, el 48% fueron derivaciones realizadas por estamento médico hacia el área dental , evidenciando una coordinación activa entre ambos servicios De los casos presentados en CPO los diagnósticos más frecuentes fueron Mucocela (13.5%) Epulis fisurado (8.1%) Glositis Migratoria (8.1%) Leucoplasia (8.1%) CO (8.1%). De los casos analizados, el 48% fueron derivación médica. Los casos confirmados de CO el 100% fue derivación médica teniendo una respuesta desde CPO en 2 dias habiles

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	La capacitación del estamento médico en lesiones sospechosa de CO es fundamental para la pesquisa apropiada, de igual manera el trabajo en conjunto médico-odontológico El diagnóstico temprano de lesiones potencialmente malignas en cavidad oral a través de CPO permite a los patólogos recibir, revisar y diagnosticar a distancia entregando directrices claras con el fin de reducir la morbilidad asociada al CO
PALABRAS CLAVE	Telemedicina, Medicina Oral, Neoplasias de la boca
TÍTULO DEL TRABAJO	Tuberculosis cutánea, un desafío diagnóstico.
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	Caso clínico (cc). Medicina Interna Dermatología
AUTOR	Lobos Cifuentes Andrea (1)
CO-AUTORES	Zamorano Arellano Daniela (1), Spano Guajardo Andrea (1), Dupré Jacomé Anita
AFILIACIÓN	(1) Médico EDF Hospital de Mulchén, Mulchén
INTRODUCCIÓN	La tuberculosis (TBC) continúa siendo un problema relevante de salud pública, con cifras importantes de sub-diagnóstico, principalmente por la baja sospecha clínica en la actualidad. Si bien, la manifestación más común es la forma pulmonar, existe una variedad de representaciones extrapulmonares mucho menos frecuentes que representan solo el 2% de todas las formas de TBC existentes. La tuberculosis cutánea en una de ellas, la cual puede ser un real desafío diagnóstico en paciente sin clínica significativa de TBC pulmonar y sin factores de riesgos asociados.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente de 44 años, sexo femenino, con antecedentes de migraña y necrobiosis lipoidea en estudio. Consulta en atención primaria por cuadro de 2 años de evolución de lesiones con forma de placas eritematosas, costrosas, levemente exudativas de aproximadamente 20 x 10 cm en región anterior de pierna izquierda. Sin otros síntomas asociados. Se decide inicio de tratamiento tópico, por sospecha de dermatitis seborreica, sin obtener mejoría de clínica. Se decide derivación a dermatología para evaluación de lesión, donde se realiza biopsia cutánea, la cual se informa en primer lugar eritema nodoso, la cual se decide repetir, dando como resultado final el diagnóstico de

necrobiosis lipoidea. En ese contexto, se decide inicio de tratamiento sistémico con prednisona e hidroxicloroquina, sin respuesta significativa. Ante la posibilidad de un cuadro refractario se plantea el uso de inmunomodulares, por lo que se completar estudio de inmunosupresión. Dentro del estudio se realiza test de Elisa, VDRL y quantiFERON TB-GOLD-PKUS, obteniendo de este último examen resultado positivo (Tubo TB2 de 0.38). Se completa estudio con radiografía de tórax y PCR para TBC, siendo ambos negativos. Por la persistencia de la lesión y alta sospecha de Lupus Vulgaris en contexto de TBC cutánea, se realiza nueva biopsia y se da inicio a tratamiento empírico para tuberculosis latente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La tuberculosis cutánea como presentación extrapulmonar sigue siendo un reto diagnóstico. La TBC cutánea manifestada como lupus vulgaris suele presentarse como una ulcera o placa crónica de larga evolución. Si bien, la biopsia se considera la herramienta definitiva para el diagnóstico, los resultados negativos no excluyen la patología. Por lo que se requiere de un alto índice de sospecha para poder llegar al resultado, especialmente en paciente que no responden a tratamientos tradicionales.

PALABRAS CLAVE Tuberculosis cutánea, Lupus Vulgaris, QuantiFERON

TÍTULO DEL TRABAJO FRENECTOMÍA ROMBOIDAL: UN ABORDAJE EFECTIVO PARA UN FRENILLO LABIAL SUPERIOR ABERRANTE:

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA i) Odontología

AUTOR Cueto Jiménez Violeta (1)

CO-AUTORES Valenzuela Hapette Matías (2)

AFILIACIÓN (1) Periodoncista Servicio de Salud Ñuble (2) Ortodoncista Hospital de Coelemu

INTRODUCCIÓN Las alteraciones mucogingivales, tanto con etiología congénita, del desarrollo o adquirida, pueden comprometer la función y estética del paciente. Dentro de estas se encuentran las inserciones aberrantes de los frenillos labiales, definidas como una inserción anómala que se desvía de la anatomía normal y que puede causar problemas estéticos, funcionales y de salud bucal. La corrección de esta anomalía es mediante una cirugía llamada

frenectomía, de la cual existen distintas técnicas, entre ellas la “Técnica Romboidal”

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenina ASA II consultó por molestias en su encía. El examen intraoral reveló un frenillo labial superior aberrante, clasificado como triangular con base superior según Monti y papilar según Placek. Este frenillo provocaba dificultades y molestias al higienizar la zona, evidenciado por la presencia de biofilm y sacos periodontales de 5-6 mm en la zona interproximal de los dientes 1.1 y 2.1. Previo consentimiento de la paciente se decidió realizar una frenectomía utilizando la técnica romboidal. Durante el procedimiento, se delimitó el frenillo, se cortaron las inserciones del frenillo en el labio y la encía, y se desinsertaron las fibras musculares. Se realizó hemostasia y suturó la herida con puntos simples. Se proporcionaron instrucciones postoperatorias y se programó una cita de control a los 7 días.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La frenectomía labial superior es un procedimiento sencillo y efectivo para tratar frenillos aberrantes que causan molestias, interfieren con la higiene oral y consecuentemente afectan la salud periodontal. La técnica romboidal demostró ser una opción viable para este caso, permitiendo la eliminación del frenillo y una adecuada cicatrización. La clasificación precisa del tipo de frenillo es fundamental para la planificación del tratamiento. El manejo postoperatorio adecuado es esencial para asegurar una recuperación exitosa y la mejora de la salud periodontal a largo plazo.

PALABRAS CLAVE Cirugía, Frenectomía Oral, Frenillo Labial

TÍTULO DEL TRABAJO HERNIA UMBILICAL CON CONTENIDO HEPÁTICO, SOBRE SUS FACTORES DE RIESGO Y ETIOLOGÍA. REPORTE DE CASO:

CLASE Caso Clínico

CATEGORÍA Cirugía General (D)

AUTOR Toro Araya Renata(1)

CO-AUTORES Prado Saavedra Valentina (1), Pradenas Chandia Martin (1), (1) Astorga Rocha Catalina

AFILIACIÓN (1) Médicos generales de zona Hospital Dr Rafael Avaria, Curanilahue

INTRODUCCIÓN La hernia umbilical es una patología quirúrgica frecuente, detectándose entre el 23 a 50% de pacientes. La mayoría contienen epiplón y asas

intestinales, sin embargo, el contenido hepático y de vísceras sólidas es raro. Nuestro objetivo radica en exponer su singularidad y asociación a largos tiempos de evolución de hernias.

PRESENTACIÓN DEL CASO Femenina, 86 años con antecedentes de Hipertensión arterial, dislipidemia, hernia umbilical de 20 años de evolución, consulta por dolor punzante en flanco derecho. Al examen físico gran aumento de volumen supraumbilical de 15 cm diámetro, no reductible sin signos de complicación, blando, leucocitos 10900, alza de transaminasas. Tomografía informa gran hernia umbilical complicada con protrusión de lóbulo hepático izquierdo y asas de intestino delgado. Se decide manejo conservador por edad, sin embargo, reconsulta por aumento de dolor, sin signos de incarceration, pero con alza de parámetros inflamatorios.

Se realiza hernioplastia con instalación de malla prolene onlay + fijación con sutura prolene 2/0+ instalación de hemosuc. Como hallazgo intraoperatorio se describe aumento de volumen supraumbilical de 20 cm con asas de intestino delgado y colon sin signos de isquemia, segmentos hepático izquierdo II y III sin signos de necrosis, anillo herniario de 7 cm diámetro. Evoluciona favorablemente, alta al 10mo día posterior al retiro de drenaje.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La herniación hepática es más frecuente en hernias ventrales, hernias diafragmáticas traumáticas y congénitas. Dentro de los factores de riesgo encontramos edad, obesidad, diástasis de los rectos, cirugía previa, cirrosis hepática, ascitis, desnutrición, tamaño herniario. Echo et al sugiere que ausencia o defectos congénitos de ligamentos triangulares hepáticos izquierdos y derechos podrían ser predisponentes.

Además, los casos revisados comparten consultas tardías. Por tanto, una intervención precoz sería fundamental para evitarlo. En estos casos el abordaje fue hernioplastia con malla, con buenos resultados.

PALABRAS CLAVE Hernia umbilical, factores de riesgo, defectos congénitos

TÍTULO DEL TRABAJO ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA, PRESENTACIÓN Y ETIOLOGÍA ATÍPICA, EN UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD:

CLASE Caso clínico

CATEGORÍA D) Cirugía

AUTOR	Manzur Novoa Amira (1)
CO-AUTORES	Mancilla Marín Javiera (2), López Barraza Ana (3) Steinigger Stumpp Johann(4)
AFILIACIÓN	(1) Médico Cirujano, Hospital de Futaleufú, Futaleufú (2) Médico Cirujano etapa de destinación y formación, Hospital de Futaleufú, Futaleufú (3) Médico Cirujano, CESFAM Villa Alegre, Villa Alegre (4) Interno de medicina, Universidad San Sebastián, Puerto Montt
INTRODUCCIÓN	La isquemia mesentérica aguda (IMA) es una emergencia médico-quirúrgica poco frecuente con alta morbimortalidad. En establecimientos sin acceso a confirmación diagnóstica inmediata, la sospecha clínica y la articulación con la red asistencial resultan fundamentales. Los objetivos del caso son destacar la importancia del diagnóstico precoz de la isquemia mesentérica aguda, la complejidad de su manejo, y el papel de la trombofilia como causa en pacientes con bajo riesgo para desarrollar IMA.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente mujer de 50 años, con dislipidemia compensada, consulta por dolor abdominal epigástrico tipo cólico, irradiado a dorso, de alta intensidad (EVA 9/10), sin alivio con analgesia y acompañado de vómitos. Al examen, abdomen doloroso difusamente y Murphy positivo. Ante persistencia del dolor y parámetros inflamatorios elevados, es derivada a hospital de mayor complejidad. La tomografía muestra signos de enterocolitis en intestino delgado y colon; debido a la falta de mejoría, se realiza angiotomografía que evidencia oclusión completa de la arteria mesentérica superior, compatible con isquemia mesentérica aguda y posible necrosis intestinal. Se realiza cirugía de urgencia con resección de 120 cm de yeyuno proximal. La paciente presenta una evolución postoperatoria complicada con hemorragia digestiva y tromboembolismo pulmonar, lo que motiva el estudio de trombofilia, confirmándose la mutación del gen 20210 de protrombina como causa del estado protrombótico. Con buena respuesta a anticoagulación con apixabán y estabilidad clínica, es dada de alta a hospitalización domiciliaria para continuar rehabilitación y seguimiento multidisciplinario.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso clínico destaca la importancia de sospechar isquemia mesentérica aguda ante dolor abdominal severo y atípico, incluso sin factores de riesgo evidentes. La derivación oportuna permitió el diagnóstico y tratamiento quirúrgico adecuados. La identificación de trombofilia hereditaria como causa subyacente justifica el estudio de

etiologías poco comunes y refuerza la necesidad de un manejo multidisciplinario y anticoagulación a largo plazo.

PALABRAS CLAVE	Dolor abdominal, Isquemia mesentérica aguda, Trombofilia
TÍTULO DEL TRABAJO	MANEJO DE ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA Y EL ROL DE LA COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ESPECIALIDADES Y LEY RICARTE SOTO:
CLASE	Caso Clínico (CC).
CATEGORÍA	f) Salud Pública
AUTOR	Soto Vicencio Jaime (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Ralco, Ralco
INTRODUCCIÓN	La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica que sin un tratamiento adecuado, puede generar discapacidad progresiva. En pacientes que viven en zonas rurales, los desafíos diagnósticos, la adherencia, la accesibilidad y el acceso a terapias biológicas de alto costo pueden limitar el manejo óptimo. La Ley Ricarte Soto (LRS) disminuye estas brechas y acerca el acceso a estas terapias en casos refractarios, pero su implementación requiere desafíos logísticos y clínicos relevantes.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 35 años, residente de sector rural, diagnosticada con AR seropositiva en 2017. Presentó actividad persistente a pesar de tratamiento convencional con metotrexato, leflunomida, sulfasalazina y prednisona. Fue derivada a la especialidad reumatología del centro derivador y se realizó postulación a LRS. Inició tratamiento con Golimumab, sin respuesta adecuada. Posteriormente, se intentó Tofacitinib, suspendido por efectos adversos, y Adalimumab, con falla terapéutica. Actualmente, en tratamiento con Tocilizumab sub cutaneo semanal. Se mantienen manifestaciones clínicas (Índice de la actividad de la enfermedad de artritis reumatoide >5), dolor crónico, pie reumatoideo bilateral y necesidad de cirugía ortopédica correctora. Ha requerido múltiples atenciones en la red y seguimiento multidisciplinario desde atención primaria de salud (APS).
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Al analizar el caso clínico se evidencia la complejidad del manejo de patologías potencialmente incapacitantes a nivel de APS. En este caso, en busca de lograr el óptimo control de AR, es necesaria la coordinación entre APS y los equipos de especialidad para trabajar en conjunto para el seguimiento, ajuste terapéutico y el acceso a la Ley Ricarte Soto.

Destaca la necesidad de garantizar continuidad en el suministro de fármacos, educación al paciente y soporte. Este caso ilustra cómo a pesar del uso de medicamentos biológicos aún es necesario un abordaje colaborativo entre niveles de atención para mejorar el pronóstico funcional y la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas complejas.

PALABRAS CLAVE	Artritis Reumatoide, Atención Primaria, Terapia Biológica.
TÍTULO DEL TRABAJO	Mediastinitis como complicación de un Absceso Periamigdalino. Reporte de caso:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Sandoval Álvarez Macarena Paz(1)
CO-AUTORES	Véliz Reyes María Ignacia (2) Rojas Castillo Diego Andrés (3)
AFILIACIÓN	1. Médico General de Zona, CESFAM Dr. José Manuel Balmaceda, Pirque 2. Médico General de Zona, CESFAM Dr. José Manuel Balmaceda, Pirque 3. Médico General de Zona, CESFAM Dr. José Manuel Balmaceda, Pirque
INTRODUCCIÓN	El absceso periamigdalino es una infección supurativa que afecta los espacios periamigdalinos, generalmente como evolución de una amigdalitis bacteriana no tratada adecuadamente. Se presenta con odinofagia intensa, disfagia, trismus, voz gangosa y fiebre. Afecta comúnmente a jóvenes, pero puede ocurrir a cualquier edad. El reconocimiento precoz es clave para prevenir complicaciones graves como obstrucción de la vía aérea, sepsis o mediastinitis. Un manejo oportuno permite reducir hospitalizaciones prolongadas y la necesidad de intervenciones quirúrgicas complejas.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, gonartrosis y tabaquismo. Consultó inicialmente por prurito faríngeo, congestión nasal, tos seca y opresión torácica de 7 días de evolución. Radiografía de tórax mostró signos de bronquitis aguda. Se inició manejo ambulatorio con broncodilatadores, corticoides y analgesia. Al día siguiente, reconsultó por aumento de volumen cervical, trismus,

dificultad respiratoria y persistencia de odinofagia. Fue derivada a centro hospitalario con sospecha de absceso periamigdalino. Cirugía maxilofacial y de cabeza y cuello evaluó el caso. Se inició antibioticoterapia intravenosa (Ampicilina-Sulbactam) y monitoreo en UCI por riesgo de obstrucción de la vía aérea. Tomografía Computarizada confirmó absceso cervical con extensión retrofaríngea y mediastinal. Se realizó cervicotomía exploradora con drenaje del absceso, confirmando Streptococcus mitis multisensible en el cultivo. Debido a persistencia de signos inflamatorios, se llevó a cabo drenaje mediastinal por videotoracoscopia, con posterior aseo quirúrgico en múltiples oportunidades. La paciente evolucionó favorablemente, con reducción de la inflamación y tolerancia oral, dada de alta con seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso resalta la importancia del diagnóstico oportuno en atención primaria, especialmente en pacientes con comorbilidades. La rápida progresión desde una infección orofaríngea a mediastinitis evidencia la necesidad de mantener una alta sospecha clínica y educar sobre signos de alarma. La coordinación efectiva entre niveles de atención y la intervención quirúrgica precoz fueron clave para un desenlace favorable.

PALABRAS CLAVE Absceso Peritonsilar, Infecciones del Tracto Respiratorio Superior, Mediastinitis, Streptococcus mitis

TÍTULO DEL TRABAJO PERFIL ETARIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD RURAL: ANÁLISIS DESCRIPTIVO 2023-2024:

CLASE Trabajo de investigación (TI)

CATEGORÍA a) Medicina Familiar

AUTOR Varas Cabezas Gabriel (1)

CO-AUTORES Lagos Cárcamo Matías (1)

AFILIACIÓN (1) Médico EDF, Cesfam Raúl Gonzalez Bugueño, Punitaqui

INTRODUCCIÓN La cirugía menor en atención primaria (APS) constituye una herramienta relevante para la resolución de patologías cutáneas benignas, con una baja tasa de complicaciones y que supone una descongestión del nivel secundario, evita traslados innecesario, y genera mayor oportunidades de acceso a población rural. A pesar de lo anterior existe escasa caracterización respecto a los rangos etarios de los más beneficiados de esta prestación. Este estudio se realizó en contexto rural, en Centro de Salud Punitaqui,

Coquimbo. Objetivo: describir la distribución etaria de los pacientes sometidos a cirugía menor entre los años 2023 y 2024.

MATERIALES Y MÉTODOS	Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron todos los paciente atendidos en cirugía menor durante el periodo señalado, no se incluyeron pacientes menores de 6 años (criterio de exclusión para resolución en APS). Se tabuló y analizó la información en planilla excel. Se calcularon estadísticos descriptivos y frecuencias por grupo etario definidos en rangos; 6-19, 20-39, 40-59, 60-79, 80-99. Datos utilizados de carácter secundario, por lo que no requirió consentimiento informado. Autorización entregada por la directora del establecimiento para la utilización de los datos. Sin conflicto de interés declarado.
RESULTADOS	Se analizaron 150 procedimientos. La edad promedio fue 52,2 años. El grupo que mayor concentró intervenciones fue el 40-59 (40,7%), seguido del 60-79 (29,3%) y 20-39 (13,3%), la menor frecuencia se encontró en los rangos 6-19 (8,7%) y 80-99 (8%), siendo la edad mínima 9 años y la máxima 93.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	El estudio identificó los grupos de mayor demanda (sobre 40 años), resultados que coinciden con la literatura y servirán para orientar recursos eficazmente. Empero, su diseño unicéntrico, en entorno rural, con exclusión de menores de 6 años, limitan su aplicabilidad a otros centros. Se requieren estudios multicéntricos para caracterizar mejor el rango etario. Los hallazgos serán válidos en centros que compartan características similares como ruralidad, exposiciones ambientales, etc.
PALABRAS CLAVE	Atención Primaria de Salud, Enfermedades de la Piel, Distribución por Edad, Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios, Servicios de Salud Rurales.
TÍTULO DEL TRABAJO	AFASIA DE EXPRESIÓN COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO. A PROPÓSITO DE UN CASO
CLASE	Caso clínico (cc)
CATEGORÍA	g) Neurología
AUTOR	Pérez Benítez Kevin (1)
CO-AUTORES	Pino Luengo Rodrigo (1), Pérez Rade Sergio (1), Reyes Vargas Bárbara (2).

AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, Hospital San José de Parral, Parral (2) Médico Cesfam Teresa Baldecchi, San Carlos.
INTRODUCCIÓN	La afasia de Broca es una afasia no fluente en la que la producción de habla espontánea está marcadamente disminuida, con pérdida de la estructura gramatical normal y manteniendo la comprensión intacta. Ocurre cuando existe una afección del área de Broca, una región del lóbulo frontal inferior del hemisferio cerebral dominante. Dentro de sus etiologías más frecuentes se encuentran el Ataque cerebrovascular (ACV), traumatismos craneoencefálicos, tumores y neuroinfecciones.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Se expone caso de una femenina de 56 años con antecedente de hipertensión arterial quien se presenta en el servicio de urgencias por presentar un cuadro de imposibilidad para articular palabras de inicio súbito de 5 horas de evolución, al examen físico la paciente se encontraba alerta, comprendía y obedecía órdenes simples, pero destacaba una imposibilidad para encontrar, emitir palabras y escribir respuestas. El resto del examen neurológico fue normal. La Tomografía de encéfalo evidencia: sutil hipodensidad cortico-subcortical frontal izquierda de aspecto isquémica hiperaguda. Se hospitaliza para estudio y prevención secundaria en contexto de ACV isquémico, y se instaura terapia fonoaudiológica precoz asegurando su seguimiento al alta.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Si bien en la mayoría de los casos, por su correlación neuroanatómica con otras áreas cerebrales, la afasia de expresión se manifiesta en asociación con otros déficits neurológicos, en situaciones como la del caso presentado en que la lesión se encuentra específicamente en el área de Broca puede manifestarse como una afasia de expresión aislada, lo que marca la importancia del correcto análisis e interpretación clínica al encontrarse con un paciente afásico. Actualmente, están en estudio distintas terapias farmacológicas enfocadas en la neuroplasticidad, incluyendo agentes catecolaminérgicos (bromocriptina, levodopa), piracetam, entre otros. Los estudios realizados han sido pequeños, y se necesita más información para determinar la eficacia de estos agentes farmacológicos, por lo que actualmente el pilar del tratamiento es el seguimiento y terapia fonoaudiológica.
PALABRAS CLAVE	Accidente Cerebrovascular, Afasia de Broca, Trastornos neurológicos.
TÍTULO DEL TRABAJO	TROMBOSIS EXTENSA E INMUNOLOGÍA POSITIVA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA, UNA SOSPECHA DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO SERONEGATIVO:

CLASE	Caso Clínico (CC).
CATEGORÍA	h) Especialidades (Reumatología)
AUTOR	Soto Vicencio Jaime (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Ralco, Ralco
INTRODUCCIÓN	El síndrome antifosfolípido (SAF) seronegativo es una entidad propuesta que incluye pacientes con manifestaciones clínicas compatibles con SAF, pero sin la presencia de anticuerpos antifosfolípidos detectables por métodos estándar. Su reconocimiento es importante ante cuadros trombóticos extensos sin causa clara, especialmente en personas con inmunología sugerente.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Mujer de 65 años con antecedentes de enfermedad renal crónica etapa cinco, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo dos e hipotiroidismo. Consultó por presentar dolor abdominal, lumbalgia, disuria y fiebre. Se indicó hospitalización ante parámetros inflamatorios elevados persistentes y poca respuesta a antibióticos empíricos. Durante la estadía hospitalaria, el estudio imagenológico reveló una trombosis extensa que comprometía la vena cava inferior, su catéter central y la aurícula derecha. Además, desarrolló una hemiparesia derecha transitoria, con una tomografía axial computada cerebral sin alteraciones. Entre sus antecedentes recientes se destaca una hospitalización, ocurrida un mes antes, por un cuadro de mediastinitis y esofagitis infecciosa. En su último estudio, destacó anticuerpos antinucleares 1:1280 y consumo de complemento C3, con complemento C4, anticuerpos contra antígenos nucleares extraíbles (anti-ENA), anti ácido desoxiribonucleico (anti-DNA) y anticuerpos antifosfolípidos negativos. Se descartó endocarditis y foco infeccioso activo. Se inició anticoagulación oral y seguimiento multidisciplinario ambulatorio.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso ilustra la sospecha de SAF seronegativo como diagnóstico diferencial en una paciente con trombosis venosa extensa, alteraciones inmunológicas y eventos neurológicos transitorios. La presentación sugiere un estado protrombótico inmunomediado, pese a serologías negativas. Se enfatiza la importancia del juicio clínico ante resultados inmunológicos parciales y la necesidad de seguimiento por equipos especializados para confirmar o descartar SAF no convencional. El abordaje oportuno puede modificar significativamente el pronóstico en estos pacientes.
PALABRAS CLAVE	Anticuerpos Antifosfolípidos, Autoanticuerpos, Enfermedad Renal Crónica, Trombosis Venosa.

TÍTULO DEL TRABAJO	TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ANEMIA REFRACTARIA:		
CLASE	Caso clínico (cc)		
CATEGORÍA	h) Especialidades (Psiquiatría)		
AUTOR	Villarroel Rubio David (1)		
CO-AUTORES	Cortes	Martínez	Tamara (2)
	Sandoval Paredes Catalina (3)		
AFILIACIÓN	(1) Médico general de zona, CESFAM Hualpencillo, Hualpén. (2) Médico general de zona, CESFAM Francisco Labrin, Coltauco. (3) Interna séptimo año medicina, Universidad de Concepción.		
INTRODUCCIÓN	Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes representan un desafío clínico complejo por su curso crónico, repercusiones multisistémicas y frecuente negación del cuadro por parte del paciente y su entorno. La malnutrición resultante puede originar alteraciones hematológicas, endocrinas y cardiovasculares, incluyendo eventos trombóticos.		
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 18 años consulta por dolor abdominal y diarrea. Durante su estudio se pesquisa incidentalmente trombosis de venas ilíacas asociada a síndrome de May-Thurner. Destaca anemia microcítica e hipocrómica severa (Hemoglobina 6.5 g/dL) sin sangrado activo evidente, con requerimiento transfusional. La paciente tiene antecedentes de bulimia en tratamiento años previos, sin controles recientes. Refiere baja ingesta alimentaria por inapetencia, con rechazo a los alimentos hospitalarios y escasa adherencia familiar a la educación nutricional. El equipo de nutrición identifica déficits de hierro, vitaminag B12 y vitamina D. Psiquiatría diagnostica TCA tipo no especificado, sin alteración actual de la imagen corporal ni conductas purgativas, aunque con evidente bajo peso.		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Este caso subraya cómo un TCA puede manifestarse a través de síntomas inespecíficos como anemia severa o dolor abdominal, y cómo sus consecuencias pueden ser sistémicas, incluyendo riesgo trombótico. Frente a una anemia severa sin sangrado exteriorizado, es crucial ampliar el estudio con un enfoque multidisciplinario. La evaluación ginecológica permitió descartar sangrados ocultos como metrorragia activa, mientras que la intervención psiquiátrica confirmó un TCA como causa subyacente. El diagnóstico precoz y la articulación entre		

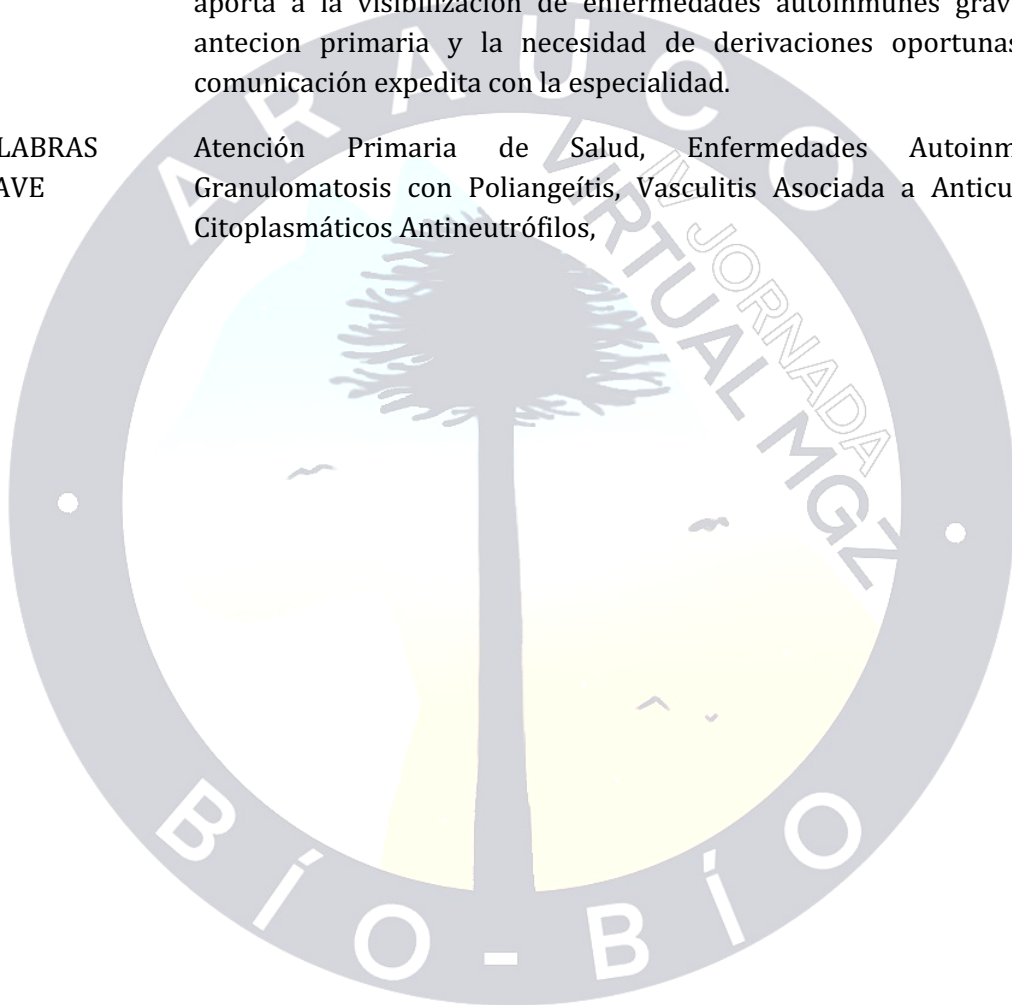
nutrición, ginecología y salud mental son esenciales para guiar un tratamiento efectivo y evitar complicaciones en este grupo vulnerable.

PALABRAS CLAVE	Anemia, Desnutrición, Trombosis
TÍTULO DEL TRABAJO	VASCULITIS CON COMPROMISO MULTISISTÉMICO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO:
CLASE	Caso Clínico (CC).
CATEGORÍA	h) Especialidades (Reumatología)
AUTOR	Soto Vicencio Jaime (1)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Ralco, Ralco
INTRODUCCIÓN	Las vasculitis asociadas a anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA) son enfermedades autoinmunes poco frecuentes, pero potencialmente graves. Su presentación clínica puede ser variable y comprometer múltiples sistemas, lo que dificulta su diagnóstico precoz, especialmente en contextos rurales con acceso limitado a exámenes especializados.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial, sin diagnóstico inmunológico previo, consultó por cuadro progresivo de disnea, fiebre, baja de peso y sensación de pesadez en senos paranasales. Evolucionó con ojo rojo, lesiones ulceradas en paladar y disfagia, además de síntomas respiratorios. Evaluada en múltiples oportunidades en servicio de urgencia rural donde destacan parámetros inflamatorios elevados y tratamiento antibiotico de amplio espectro con escasa respuesta. En base al contexto anterior se decidió hospitalización inicialmente por sospecha de COVID-19, con examen negativo, se detecta infección por Pseudomonas aeruginosa en secreción bronquial y pansinusitis sobreinfectada. Estudios inmunológicos revelaron anticuerpos antinucleares (positivo), anticuerpos frente al citoplasma de los neutrófilos-P (positivo), anticuerpos específicos contra la mieloperoxidasa (MPO) positivo, Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) >130 mm/h, Proteína C Reactiva 233 mg/L. Imágenes evidenciaron enfermedad pulmonar difusa tipo UIP/NSIP (Neumonía Intersticial Habitual/ Neumonía Intersticial No Específica) y compromiso sinusal severo. Se realizó drenaje sinusal, tratamiento antibiótico dirigido y posteriormente inmunosupresión con prednisona y ciclofosfamida. El diagnóstico final

es granulomatosis con poliangeítis ANCA MPO positiva , confirmado por biopsia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES Este caso destaca la importancia del enfoque clínico integral en escenarios rurales ante síntomas sistémicos atípicos. El diagnóstico de poliangeítis ANCA MPO puede retrasarse por su presentación insidiosa y solapamiento con infecciones comunes. La coordinación entre niveles, acceso oportuno a especialistas y exámenes inmunológicos fueron determinantes en la evolución favorable de este paciente. El informe aporta a la visibilización de enfermedades autoinmunes graves en atención primaria y la necesidad de derivaciones oportunas con comunicación expedita con la especialidad.

PALABRAS CLAVE Atención Primaria de Salud, Enfermedades Autoinmunes, Granulomatosis con Poliangeítis, Vasculitis Asociada a Anticuerpos Citoplasmáticos Antineutrófilos,



TÍTULO DEL TRABAJO	SÍNDROME DE COTARD COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DELIRIUM, REPORTE DE CASO.
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA:	Especialidades (Psiquiatría)
AUTOR:	Agurto Sáez Mariana (1)
CO-AUTORES:	Verdugo Muñoz Karolan (2), Abarza San Martín Carmen (1), Pérez Lucero Laura (2)
AFILIACIÓN:	(1) Médica General de Zona, Hospital Santa Isabel de Lebu, Lebu, Chile. (2) Médica General de Zona, CESFAM Dr. Leyton A, Peralillo, Chile.
INTRODUCCIÓN:	El delirium es un síndrome neuropsiquiátrico-geriátrico con deterioro en el funcionamiento cognitivo de inicio agudo y fluctuante, caracterizado por disminución de la atención y el nivel de conciencia. El síndrome de Cotard (SC), es un delirio de negación, abarca desde la negación de partes del cuerpo hasta la de su propia existencia o del mundo. Es clínicamente raro, se suele presentar en personas desde la mediana edad y se asocia a trastornos del ánimo. Se presenta caso en que dichos síndromes se presentaron como diagnóstico diferencial.
PRESENTACIÓN DEL CASO:	Paciente de 68 años, autovalente, con antecedentes de hipertensión y episodio depresivo tratado hace 15 años, fue traída a urgencias, por presentar agitación psicomotora de 10 días de evolución, abandono de tratamiento crónico, fugas del hogar, ideas de acabo de mundo y disfagia, se realizaron exámenes generales con resultado dentro de rango, se sospechó deterioro cognitivo y se derivó a estudio ambulatorio. Tres días después reingresó a urgencia derivada desde extrasistema con sospecha de delirium, con laboratorio normal, scanner de cerebro sin hallazgos agudos y orina levemente inflamatoria. Se hospitalizó, paciente desorientada temporoespacialmente y agitada. Se manejó activamente el delirium, previniendo otros desencadenantes y fonoaudiología descartó causa orgánica de disfagia. Posteriormente paciente reveló incapacidad de deglutir por no poseer boca ni estómago, tampoco ano para defecar, verbalizó estar muerta y añadió ideas de acabo de mundo. Se

realizó interconsulta a psiquiatría quien inició antipsicóticos y finalmente determinó trastorno del ánimo asociado a SC. Posterior estabilización, paciente se dio de alta con control mensual por psiquiatra.

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES:

Y El delirium, es una urgencia geriátrica frecuente en pacientes hospitalizados, pero de duración transitoria y causa reversible, características ausentes en la paciente, lo que indujo a buscar otra causa de su comportamiento, explicado por el SC. Se destaca que estos síndromes no son excluyentes, como en este caso.

PALABRAS CLAVE:

Delirio, Psicosis, Síndrome.

TITULO DEL TRABAJO

NEUROPATÍA DEL NERVIO PERONEO COMÚN, COMO COMPLICACIÓN INFRECIENTE POSTERIOR A CIRUGÍA BARIÁTRICA, REPORTE DE UN CASO:

CLASE

Caso Clínico

CATEGORÍA:

Neurología

AUTOR:

Bermont Portilla Constanza (1)

CO-AUTORES:

Avello Díaz Hugo (1), Salazar Mejías Ángela (1), Garrido Podea Consuelo (2).

AFILIACIÓN:

(1) Médico General de Zona, Hospital de Curepto, Curepto.

(2) Interna de Medicina, Universidad de Talca, Talca.

INTRODUCCIÓN:

La cirugía bariátrica (CB), es un conjunto de procedimientos quirúrgicos, diseñados para tratar la obesidad severa, cuya creciente demanda, ha incrementado la incidencia de diversas complicaciones. Dentro de las complicaciones neurológicas (0.7-5%), destacan las neuropatías periféricas. El siguiente caso clínico, expone una complicación neurológica infrecuente posterior a CB, cuya fisiopatología aún es incierta.

**PRESENTACIÓN
CASO:**

DEL Mujer de 32 años con hipertensión, diabetes tipo 2 y bypass gástrico, con pérdida secundaria de 43 kilogramos en 12 meses. A los 6 meses posterior a CB, presenta parestesias en primeros tres dedos y dorso del pie derecho, sin compromiso motor. Tres meses después, desarrolla síntomas similares en pie izquierdo. El examen físico revela hipoestesia, hipotermia

e hipoalgesia en ambos pies, mayor a derecha, en territorio del nervio peroneo superficial. La electromiografía inicial evidencia neuropraxia aguda no degenerativa del Nervio Peroneo Común (NPC) derecho. Los niveles de vitamina B12 y ácido fólico eran normales, con suplementación, y la diabetes estaba compensada. Se derivó a Neurología, donde una segunda electromiografía confirmó compromiso neurogénico subagudo crónico del NPC derecho, a nivel de rodilla, sin polineuropatía ni radiculopatía. Mantiene tratamiento con pregabalina, bajo seguimiento neurológico.

DISCUSIÓN	Y La Neuropatía del NPC, presenta sintomatología variable,
CONCLUSIONES:	desde parestesias ocasionales, hasta dolor según lugar del atrapamiento, pie caído y marcha claudicante. Según la literatura, es una complicación infrecuente posterior a CB; un estudio observacional reportó una incidencia de 2 casos en 1500 CB, manifestándose a los seis meses, coincidiendo con la máxima pérdida de peso. Las causas probables incluyen déficits nutricionales, vitamínicos y compresión del NPC por pérdida de la almohadilla grasa de la cabeza del peroné, por pérdida de peso acelerada. Esta complicación, pese a su baja incidencia, representa un desafío diagnóstico, destacando la necesidad de investigar los diferentes mecanismos fisiopatológicos de las complicaciones posterior a CB, considerando la pandemia de obesidad actual.
PALABRAS CLAVE:	Cirugía Bariátrica, Nervio Peroneo, Pérdida de peso.
TITULO DEL TRABAJO	EFFECTOS TRANSPLACENTARIOS DEL HIPERTIROIDISMO MATERNO: EVALUACIÓN DEL IMPACTO NEONATAL EN UN CASO DE BASEDOW-GRAVES:
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA:	h) Especialidades (Neonatología)
AUTOR:	Fernández Vallejos Francisca (1)
CO-AUTORES:	López San Martín Camila (2), Larraguibel Uteau Camila (3)
AFILIACIÓN:	(1) Médico General de Zona, CESFAM Carmela Carvajal, Puerto Montt

(2) Médico General de Zona, CESFAM Las Mercedes, Estación Central

(3) Médico General de Zona, CESFAM Angelmó, Puerto Montt

INTRODUCCIÓN:

El hipertiroidismo durante el embarazo, especialmente de origen autoinmune como en la enfermedad de Basedow-Graves, representa un desafío clínico por su potencial impacto sobre el feto y el recién nacido. La transmisión transplacentaria de autoanticuerpos anti-receptor de TSH (TRAb) puede alterar la función tiroidea fetal, aún cuando la madre se mantenga clínicamente controlada. Este caso se desarrolla en un contexto hospitalario con seguimiento por equipos de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) y Endocrinología, y busca destacar la importancia del monitoreo fetal y neonatal en madres con disfunción tiroidea.

PRESENTACIÓN CASO:

DEL Paciente primigesta de 21+4 semanas, sin antecedentes tiroideos, ingresó para estudio de hipertiroidismo. Se confirmó enfermedad de Basedow-Graves con TSH <0.005 uUI/mL, T4L: 6.28 ng/dL y TRAb positivos (5.4 UI/L). Se inició tratamiento con tiamazol 15 mg/día. A lo largo del embarazo, la paciente tuvo seguimiento conjunto por ARO y endocrinología. Las ecografías obstétricas mostraban crecimiento fetal adecuado, sin signos de hipertiroidismo intraútero. El tratamiento fue mantenido con ajustes. Al nacer, el recién nacido presentó valores tiroideos alterados, con T3 y T4 libre bajos, y TSH normal. Se consideró disfunción tiroidea neonatal transitoria, probablemente secundaria a TRAb maternos. El TRAb neonatal se encontraba pendiente al momento del alta. El consentimiento informado fue obtenido.

DISCUSIÓN CONCLUSIONES:

Y El caso evidencia cómo incluso con un tratamiento materno aparentemente adecuado, la persistencia de TRAb puede generar disfunción tiroidea neonatal. Esto refuerza la necesidad de evaluar sistemáticamente la función tiroidea neonatal en hijos de madres con hipertiroidismo autoinmune. La medición de TRAb maternos entre las semanas 24-28 es clave para anticipar riesgos. Se recomienda establecer protocolos integrados de seguimiento endocrino-neonatal. Este caso aporta a la discusión sobre la relevancia del control inmunológico en patologías endocrinas del embarazo, con miras a una prevención más eficaz de secuelas neonatales.

PALABRAS CLAVE:	Embarazo, Hipertiroidismo, Tiroiditis.
TITULO DEL TRABAJO	ESTUDIO Y MANEJO INICIAL DE DEMENCIA MIXTA TIPO ALZHEIMER Y POR CUERPOS DE LEWY EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA:	a) Medicina Familiar
AUTOR:	Valdés Meléndez Ismael (1)
CO-AUTORES:	Pedemonte Chulak, Sebastián (2), Gormaz Gonzalez, Natalia (2)
AFILIACIÓN:	(1) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar San Juan, Coquimbo (2) Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Dr. Emilio Schaffhauser, La Serena
INTRODUCCIÓN:	Las demencias se caracterizan por un deterioro cognitivo que afecta a la autonomía y calidad de vida de quienes la padecen, además de generar un alto impacto en sus familias y cuidadores (1). Este caso clínico aborda el manejo inicial de una paciente con demencia mixta desde la Atención Primaria de Salud (APS).
PRESENTACIÓN DEL CASO:	Se trató de una mujer de 77 años, con escolaridad básica y sin antecedentes médicos relevantes, que presentaba desde hace un año episodios de desorientación, olvidos, atención fluctuante, alucinaciones, ideas delirantes, agitación y caídas, con impacto funcional. Al examen físico, se evidenciaron signos parkinsonianos y un minimal mental extendido de 12 puntos. Los exámenes revelaron niveles bajos de vitamina B12 (2). Se utilizó Hospital Digital para orientación diagnóstica, apoyando la sospecha de demencia tipo Alzheimer y por cuerpos de Lewy, indicando derivación a nivel secundario (3) Desde APS, se aplicó un manejo multidisciplinario: valoración geriátrica integral por médico y trabajadora social, talleres educativos para la cuidadora impartidos por psicóloga y médico (4), y un taller de prevención de caídas con kinesióloga y terapeuta ocupacional. Farmacológicamente, se administró vitamina B12, sertralina y melatonina, logrando control de la

agitación nocturna. Se obtuvo consentimiento informado de la paciente y cuidadora para la presentación del caso.

DISCUSIÓN
CONCLUSIONES:

Y Este caso evidencia el rol clave de la APS en la pesquisa y manejo inicial de las demencias, resaltando la utilidad de la valoración geriátrica integral, el trabajo interdisciplinario y el uso de Hospital Digital como herramienta diagnóstica. La educación al cuidador se presenta como pilar fundamental para enfrentar los síntomas conductuales y psicológicos, fortaleciendo el acompañamiento y tratamiento en el entorno comunitario.

PALABRAS CLAVE:

Atención primaria de salud, Demencia con Cuerpos de Lewy, Demencia tipo Alzheimer, Geriátrica.

TÍTULO DEL TRABAJO

SÍNCOPE INDUCIDO POR RISA EN PACIENTE CON ATEROMATOSIS INTRACRANEAL Y DOLICOARTERIOPATÍA CAROTÍDEA: REPORTE DE UN CASO

CLASE

Caso Clínico

CATEGORÍA:

g) Neurología

AUTOR:

Fernández Vallejos Francisca (1)

CO-AUTORES:

López San Martín Camila (2), Espinoza Díaz Natalia (3)

AFILIACIÓN:

(1) Médico General de Zona, CESFAM Carmela Carvajal, Puerto Montt

(2) Médico General de Zona, CESFAM Las Mercedes, Estación Central

(3) Médico General de Zona, CESFAM Las Mercedes, Estación Central

INTRODUCCIÓN:

El síncope por risa es una entidad poco frecuente, caracterizado por episodios de pérdida transitoria de conciencia desencadenados exclusivamente por la risa. En pacientes con factores de riesgo cardiovascular, las modificaciones anatómicas y funcionales del sistema arterial cerebral pueden favorecer fenómenos de hipoperfusión transitoria o de episodios vasovagales.

PRESENTACIÓN CASO:	DEL	Mujer de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia en tratamiento farmacológico con antihipertensivos e hipolipemiantes. Refiere episodios de pérdida transitoria de conciencia, desencadenados exclusivamente por episodios de risa intensa. Asociaba además cervicalgia, de predominio derecho. Se solicitó AngioTC de cabeza y cuello que evidenció elongación de las arterias carótidas comunes e internas, hallazgo compatible con dolicoarteriopatía carotídea, y placas ateromatosas cálcicas en los sifones de las arterias carótidas internas. Se planteó como etiología una alteración hemodinámica con compromiso del flujo cerebral por aumento de la presión intratorácica al reír, versus síncope vasovagal por estimulación de bulbo carotídeo. Se indicó seguimiento por neurología y cirugía vascular. Se obtuvo consentimiento informado para su presentación.
DISCUSIÓN CONCLUSIONES:	Y	Este caso resalta la importancia de considerar causas vasculares como origen del síncope por risa, especialmente en pacientes con múltiples factores de riesgo cardiovasculares. La dolicoarteriopatía carotídea y la ateromatosis intracraneal, si bien a menudo consideradas hallazgos incidentales, pueden tener un impacto clínico significativo en contextos específicos. Se sugiere incluir estudios de imágenes vasculares en el abordaje diagnóstico del síncope. Este caso aporta evidencia sobre un mecanismo infrecuente de hipoperfusión cerebral, y sugiere una posible relación causal entre anomalías anatómicas arteriales y presentación clínica.
PALABRAS CLAVE:		Ateromatosis, Hipoperfusión cerebral, Síncope.
TITULO DEL TRABAJO		INFECCIÓN POR TUBERCULOSIS MILIAR CON COMPROMISO MENÍNGEO, A PROPÓSITO DE UN CASO:
CLASE		Caso Clínico
CATEGORÍA:		b) Medicina Interna
AUTOR:		Valenzuela Yañez Sebastián (1)
CO-AUTORES:		Marambio Galaz Gonzalo (2), Alegría Matamala Tamara (3)

AFILIACIÓN: (1) Médico General de Zona, CESFAM Julio Acuña Pinzon, Lo Espejo, Santiago

(2) Médico General de Zona, Hospital Adriana Cousiño de Quintero, Quintero

INTRODUCCIÓN: (3) Médica General de Zona, CESFAM Julio Acuña Pinzon, Lo Espejo, Santiago

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*, que constituye una importante causa de mortalidad y morbilidad a nivel mundial. Esta se transmite por vía aérea, afectando principalmente al sistema respiratorio, sin embargo, con menor frecuencia puede diseminar e infectar uno o más órganos a distancia.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Hombre de 21 años, sin antecedentes mórbidos, consultó por otalgia y otorrea izquierda de 3 meses de evolución, la cual evolucionó con cefalea holocraneal, mareos, náuseas, sensación febril y desorientación temporo-espacial progresiva. En el Servicio de Urgencia, se solicitó una Tomografía axial computarizada (TAC) de cerebro la cual informó celdillas mastoideas izquierdas con ocupación y remodelación ósea. Se complementó el estudio con una punción lumbar y estudio de líquido cefalorraquídeo compatible con meningitis secundaria a tuberculosis. Se inició manejo antituberculoso de 1ra línea y corticoterapia. Durante la hospitalización evolucionó con un nuevo compromiso de conciencia y estatus convulsivo. Una nueva TAC de cerebro indicó hidrocefalia aguda, manejada mediante válvula derivativa. Posteriormente se asoció a hipotensión y compromiso respiratorio, requiriendo intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva (VMI), estudiado con TAC de tórax compatible con TBC miliar. El paciente evolucionó favorablemente, se realizó traqueostomía y destete de VMI. Sin nuevos episodios convulsivos y con disminución de parámetros inflamatorios, es dado de alta para manejo ambulatorio, en donde completó 9 meses de tratamiento antituberculosis en atención primaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: La manifestación extrapulmonar de la tuberculosis, puede presentarse clínicamente de manera variable, insidiosa y potencialmente grave, como el caso descrito. Su diagnóstico presenta un desafío y puede ser traducido en el retraso del diagnóstico e inicio del tratamiento. La tuberculosis meníngea

es una forma grave de las presentaciones extrapulmonares que requiere un alto índice de sospecha, por su alta morbilidad y mortalidad. Un diagnóstico y tratamiento precoz mejora el pronóstico, y disminuye el riesgo de secuelas.

PALABRAS CLAVE: Antituberculosos, Meningitis, Tuberculosis miliar.

TITULO DEL TRABAJO MANEJO DE ORBITOPATÍA DISTIROIDEA SEGÚN ACTIVIDAD Y GRAVEDAD E IMPLICANCIAS FUNCIONALES DEL MISMO, REPORTE DE UN CASO:

CLASE Caso Clínico

CATEGORÍA: h) Especialidades (Oftalmología)

AUTOR: Mandujano Muñoz Álvaro (1)

CO-AUTORES: Abalo Zárate María (1), Aravena Vásquez Joaquín (2), Araneda San Martín Esther (2)

AFILIACIÓN: (1) Médico General de Zona, Hospital San Juan de Dios de Combarbalá, Combarbalá

(2) Médico General de Zona, Departamento de Salud Municipal de Combarbalá, Combarbalá

INTRODUCCIÓN: La Orbitopatía Distiroidea (OT) es la manifestación extratiroidea más frecuente en Enfermedad de Graves. Es una enfermedad autoinmune en que se produce inflamación de tejidos orbitarios que genera secuelas funcionales. Se clasifica según actividad y gravedad. Esto permite orientar el manejo, tanto en atención primaria de salud (APS) como atención secundaria. A continuación, se presentará un caso de OT y se comentará el manejo según clasificación.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenina de 32 años con antecedentes de Enfermedad de Graves. Consulta en APS por dolor ocular espontáneo asociado a inflamación palpebral y dolor a los movimientos oculares. A la evaluación por oftalmología presenta retracción palpebral 3 mm bilateral, exoftalmos 3 mm bilateral, edema palpebral, hiperemia conjuntival, sin disminución de agudeza visual. Se determina fase activa de OT con gravedad moderada-grave. Se indica manejo con prednisona 20 mg al día vía oral por 6 semanas. A los 20 meses persiste con retracción palpebral 3 mm bilateral, exoftalmos 3

mm bilateral, sin cambios en agudeza visual, sin restricción muscular, sin dolor ocular espontáneo ni a los movimientos oculares, sin otras alteraciones. Se determina fase inactiva con gravedad moderada grave. Se indica descompresión orbitaria bilateral como tratamiento definitivo, con consentimiento previo de la paciente.

**DISCUSIÓN
CONCLUSIONES:**

Y A modo de discusión se debe comentar el tratamiento específico de este caso según la clínica observada en el tiempo. Al inicio, se presentó fase activa y gravedad moderada-grave. Según las recomendaciones actuales el manejo debió haber sido con corticoides intravenosos, ya que son más efectivos. Esto además determina pronóstico y tratamientos posteriores. En este caso, la paciente debió realizarse una descompresión orbitaria como tratamiento final, la cual pudiese no haber sido necesaria si el manejo hubiese sido el recomendado. Por lo tanto, cobra fundamental relevancia conocer las clasificaciones de la OT y su manejo específico en cada caso.

PALABRAS CLAVE:

Clasificación, Exoftalmos, Hipertiroidismo.

TITULO DEL TRABAJO

MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA EN CUERO CABELLUDO, PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA DE PATOLOGÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

CLASE

Caso Clínico

CATEGORÍA:

h) Especialidades (Neurocirugía)

AUTOR:

Zuñiga Valdés Israelita (1)

CO-AUTORES:

Saldivia Caro Daniel (2), Saldivia Caro Cristóbal (3), Garces Vega Diego (4)

AFILIACIÓN:

(1). Médico General, clínica los Andes ACHS Salud, Los Ángeles.

(2). Médico General de Zona, Departamento de Salud Municipal Mulchén, Mulchén.

(3). Médico General, Centro de Salud Familiar Constitución, Constitución.

(4). Médico General, Centro de Salud Familiar Carlos Trupp Wanner, Talca.

INTRODUCCIÓN:

Las malformaciones arteriovenosas (MAV) son anomalías vasculares raras que pueden afectar diversas regiones del cuerpo, incluida la cabeza. Su presentación clínica es variable, y pueden confundirse fácilmente con otros trastornos, como la cervicalgia tensional. Este caso ilustra la importancia de un diagnóstico diferencial exhaustivo en pacientes con dolor occipital persistente.

PRESENTACIÓN CASO:

DEL Masculino de 40 años, sin antecedentes previos consulta por cervicalgia de semanas de evolución, donde en evaluación anterior se plantea origen tensional, aunque sin respuesta a tratamiento kinésico y analgésico. Destaca dentro de evaluación una masa eritematosa occipital y retrocervical de 3 cm de diámetro, por lo que se solicita estudio imagenológico. Ecografía cervical describe lesión nodular de contornos parcialmente delimitados en zona de cuero cabelludo occipital, compatible con una malformación arteriovenosa. Dado los antecedentes se complementa con Angiotomografía computarizada de Vasos del Cerebro donde se muestra una dilatación del segmento proximal y medio de la arteria occipital derecha, que alcanza unos 2.6 mm en el plano superficial aponeurótico del cuero cabelludo occipital con finas estructuras de drenaje venoso, lo cual confirma el diagnóstico señalado sin otras complicaciones.

DISCUSIÓN CONCLUSIONES:

Y Este caso resalta lo infrecuente de las MAV en el cuero cabelludo y su potencial para mimetizar síntomas de cervicalgia tensional. El examen físico y el apoyo imagenológico son esenciales para establecer un diagnóstico preciso. Puede estar asintomática por años y presentarse de forma insidiosa. Finalmente, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de cervicalgia persistente, particularmente cuando no responde a terapia convencional analgésica y rehabilitación motora.

PALABRAS CLAVE:	Cervicalgia, Cuero Cabelludo, Lesiones del Sistema Vascular
TITULO DEL TRABAJO	ROBO SUBCLAVIO COMO CAUSA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA PESQUISADA EN ATENCIÓN PRIMARIA:
CLASE	Caso Clínico
CATEGORÍA:	d) Cirugía
AUTOR:	Lorca Cortés Pablo (1)
CO-AUTORES:	Loyola Salas Margot (1), Núñez Santander Matías (2), Parraguez Pacaje Tamara (2)
AFILIACIÓN:	(1) Médico EDF, CESFAM Cirujano Aguirre, Iquique (2) Interno séptimo año de Medicina, Universidad de Tarapacá, Iquique
INTRODUCCIÓN:	La hipertensión arterial secundaria (HTAS) corresponde al 10% de los casos de hipertensión en Chile. Una causa poco frecuente es el robo subclavio, fenómeno de flujo retrógrado en la arteria vertebral por estenosis u oclusión de la arteria subclavia, con una prevalencia mundial del 0.6-6.4%. Exponemos el caso de una oclusión de arteria subclavia como causa de HTAS, pesquisado en atención primaria de salud (APS), subrayando la importancia de un estudio pertinente para un diagnóstico precoz y manejo óptimo.
PRESENTACIÓN DEL CASO:	Paciente de 62 años con antecedente de hipertensión arterial tratada con losartán, amlodipino e hidroclorotiazida a dosis máxima con buena adherencia. Acude a control en APS, asintomática. Al examen físico destaca presión arterial 102/72 mmHg en brazo izquierdo y 156/79 mmHg brazo derecho. Auscultación cardíaca ritmo regular, soplo diastólico irradiado a carótida izquierda, pulso prominente en extremidad superior y subclavio derecho, débil en extremidad superior y subclavio izquierdo. Se sospecha HTAS, se solicita exámenes de laboratorio, electrocardiograma y ecocardiograma sin hallazgos patológicos, eco doppler de extremidad superior izquierda y angiografía por tomografía computada de cuello y tórax que demuestran oclusión proximal de la arteria subclavia y vertebral izquierda, las

cuales se recanalizan a través de colaterales y robo subclavio. Considerando el diagnóstico se realizó derivación a especialista, decidiendo manejo conservador al encontrarse asintomática.

DISCUSIÓN Y Considerando el diagnóstico se realizó derivación a
CONCLUSIONES: especialista, decidiendo manejo conservador al encontrarse asintomática.

PALABRAS CLAVE:

TITULO DEL TRABAJO TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR ABSCESO DEL HÍGADO DURANTE EL PERIODO 2020 A 2023 EN CHILE.

CLASE Trabajo de investigación

CATEGORÍA: d) Cirugía

AUTOR: Argenis Espinoza Nuñez (1)

CO-AUTORES: Javiera Durán Pavez (2), Cecilia Muñoz Mena (2), Sofía Torrales (3)

AFILIACIÓN: (1) Médico Cirujano, Cesfam Ignacio Carrera Pinto, Yerbas Buenas

(2) Interna de Medicina, Hospital de Linares, Universidad Autónoma

(3) Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso

INTRODUCCIÓN: El absceso hepático es una patología infecciosa del hígado que representa un desafío clínico significativo debido a su alta morbilidad y comorbilidades asociadas, conlleva un costo en salud pública elevado. Debido a la falta de información de epidemiología nacional, el presente estudio tiene como objetivo describir su tasa de egreso hospitalario (TEH) entre los años 2020 y 2023 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS: Y 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.

RESULTADOS:

La mayor TEH fue durante el año 2023 con un valor de 4,39/100.000 habitantes. El sexo hombre presentó la mayor TEH del periodo con 4,29/100.000 habitantes. El grupo etario con mayor TEH del periodo se encontró entre 80 y más años con un valor de 13,79/100.000 egresos.

DISCUSIÓN
CONCLUSIÓN:

Y El aumento de la TEH durante el periodo de estudio podría explicarse por la disminución de hospitalizaciones a raíz de la pandemia SARS-COV-2, y la disminución de los factores de riesgo como las infecciones gastrointestinales. La mayor TEH en el sexo masculino podría explicarse por factores biológicos, asociado a la testosterona como inhibidor de la respuesta inmune. El grupo de 80 y más años tuvo la mayor TEH y podría estar relacionado con los efectos del envejecimiento y el aumento de comorbilidades. El promedio de estadía hospitalaria se mantuvo estable, esto podría ser por la estandarización del manejo del absceso y la implementación del drenaje percutáneo, dando así a una estabilización del manejo antibiótico. La estabilidad en los días de hospitalización subraya la importancia de continuar fortaleciendo la vigilancia epidemiológica y optimizar el abordaje terapéutico en grupos de mayor riesgo.

PALABRAS CLAVE:

Absceso Hepático, Chile, hospitalización.

TÍTULO DEL TRABAJO	TUBERCULOSIS ÓSEA EN CONTEXTO DE ABSCESO “FRÍO”:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	b) Medicina interna
AUTOR	Moreno Hernández Monserrat (1)
CO-AUTORES	Yáñez Ponce Hernán (2), Muñoz Rojas Constanza (3), Soto Riquelme Tomás (4).
AFILIACIÓN	(1) Médica Cirujana, EDF CESFAM Violeta Parra, Chillán. (2) Médico Cirujano, CECOF Doña Isabel, Chillán. (3) Médica Cirujana, CESFAM Federico Puga, Chillán. (4) Médico Cirujano, EDF Servicio de Salud Ñuble, CESFAM Joel Arriagada Peña, Pinto
INTRODUCCIÓN	La tuberculosis ósea (TO) es infrecuente (1-2% de los casos de tuberculosis y el 11 - 35% de las extrapulmonares). Es de riesgo: condición socioeconómica baja, drogadictos e inmunodeprimidos. Frecuentemente afecta la columna vertebral (Pott), representando un 70-80% de las TO, le sigue en frecuencia cadera y rodilla. Clínicamente es inespecífica: dolor localizado, de instauración insidiosa y progresiva que puede acompañarse de tumefacción, disminución del rango articular y absceso “frío”. Se diagnostica mediante imagenología, laboratorio y procedimientos invasivos. Tomografía computarizada (TC) puede evidenciar destrucción de la cortical y abscesos. Genxpert MTB/RIF ULTRA de tejido óseo y Biopsia ósea confirman el diagnóstico. La primera línea terapéutica es con fármacos antituberculosos, en caso de presentar abscesos “fríos” está indicado el aseo quirúrgico.
PRESENTACIÓN DEL CASO	Paciente femenina de 62 años con antecedentes de Fibrilación auricular, Dislipidemia y consumo perjudicial de drogas, presenta cuadro de 5 meses de evolución caracterizado por aumento de volumen tipo “absceso frío” en región del tobillo izquierdo, que evoluciona con herida superficial, sin respuesta a curaciones. Consulta en servicio de urgencia, donde se realiza estudio con TC, presentado hallazgos compatibles con osteomielitis crónica del

tobillo, por ello se realiza biopsia que informa fragmento de piel con tejido subcutáneo, dermatocelulitis crónica activa intensa en parte granulomatosa con proliferación fusocelular aparentemente reactiva. Se realiza Genxpert MTB/RIF ULTRA de tejido óseo detectándose *Mycobacterium tuberculosis*, por ende se inicia tratamiento antituberculoso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La TO es infrecuente e inespecífica, en consecuencia requiere un alto índice de sospecha, principalmente en población de riesgo. El diagnóstico es un desafío porque se manifiesta clínicamente como absceso “frío”, sin signos inflamatorios agudos, lo cual difiere de la clínica clásica de infecciones óseas. La derivación y tratamiento oportuno es de suma importancia considerando que minimiza la morbilidad y secuelas permanentes asociadas.

PALABRAS CLAVE

Tuberculosis, Absceso frío, Dolor óseo, Osteomielitis.



TÍTULO DEL TRABAJO	TUMOR GLÓMICO: UN TUMOR BENIGNO DIFÍCIL DE ENCONTRAR EN ATENCIÓN PRIMARIA:
CLASE	Caso Clínico (CC)
CATEGORÍA	d) Cirugía
AUTOR	Danitza Yanira Castro Paz (1)
CO-AUTORES	Estay Paz Rocío (2), Flores Barahona María Paz (3), Cifuentes Duran Agustín (4)
AFILIACIÓN	(1) Médico General de Zona, CESFAM Alemania, Angol (2) Médico General de Zona, CESFAM Santa Sabina, Concepción (3) Médico General de Zona, Hospital de Chanco, Chanco (4) Médico General de Zona, CESFAM Violeta Parra, Chillan
INTRODUCCIÓN	Tumor glómico (TG) corresponde a una neoplasia benigna de tejidos blandos, derivado del cuerpo glómico neuromioarterial. Representan menos del 2% de tumores de tejidos blandos, y entre 1 a 4,5% de tumores de la mano. Se caracteriza por la triada clínica: dolor paroxístico espontáneo, dolor localizado que aumenta con trauma, hipersensibilidad al frio. Lo anterior, hace que encontrar este tipo de tumores en la práctica clínica sea una entidad muy difícil de diagnosticar, es por ello, que se presenta el siguiente caso con el objetivo de aumentar la difusión de esta patología, reducir los tiempos diagnósticos y favorecer la resolución del cuadro.

**PRESENTACIÓN
DEL CASO**

Mujer, 51 años con antecedentes de hipotiroidismo, Diabetes Mellitus tipo 2, dislipidemia, Hipertensión señala malestar en dedo pulgar derecho de 10 años de evolución, dolor carácter sordo en ocasiones punzante con aumento de tamaño. Al examen se observa deformidad de uña, aumento de volumen, color violáceo, dolor a la palpación. Se envía interconsulta desde atención primaria hacia hospital digital, donde se sospecha tumor glómico, siendo derivada a cirugía menor para su resolución quirúrgica.

**DISCUSIÓN Y
CONCLUSIONES**

TG son poco frecuentes y muchas veces difíciles de diagnosticar. La literatura señala que el diagnóstico puede demorar hasta 15 años, especialmente en etapas iniciales de la lesión donde signos clínicos son escasos. En el caso presentado, la lesión demoró 10 años en ser evaluada, los signos clínicos pueden ser claves para la sospecha precoz, aunque la triada clásica puede no siempre estar completa, sumado a patología poco frecuente explicarían el retraso del diagnóstico.

La confirmación diagnóstica se realiza a través de estudio histológico tras la extirpación de la lesión. Se destaca la importancia de tener presente este diagnóstico frente al dolor subungueal y difusión de este tipo de patologías con el fin de evitar retraso en el diagnóstico y tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Tumor glómico, Neoplasia, Patología quirúrgica

TÍTULO DEL TRABAJO **FRACTURA AISLADA DE ESCÁPULA EN PACIENTE CON HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

CLASE Caso clínico (cc)

CATEGORÍA Especialidades (Traumatología y Ortopedia)

AUTOR Escobar Renjifo Rodrigo (1),

CO-AUTORES Espinoza Chacin Josbel (1)
Mella Stoma Joaquin (2)
Julve Lillo Vicente (3)

AFILIACIÓN (1) Medico general de zona, Hospital comunitario de Salud Familiar de Coelemu, Coelemu
(2) Medico general de zona, Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue, Quirihue
(3) Médico general de zona, Centro de Salud Familiar Dr. Joel Arriagada Peña, Comuna de Pinto

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de escápula generalmente están presentes en accidentes de alta energía, donde se asocian a lesiones que priman en prioridad de resolución. Sin embargo, su presentación en traumatismo leves se ha visto cada vez más frecuentes en pacientes de edad avanzada y se producen en consecuencia a alteraciones del metabolismo óseo. El hiperparatiroidismo secundario a enfermedad renal crónica es una causa conocida de osteodistrofia renal, que puede aumentar la fragilidad ósea. Estas fracturas pueden ser detectadas en radiografías, pero más de la mitad solo será vista por Tomografía axial computarizada. La importancia de este caso radica en esclarecer los criterios de sospecha para solicitarlo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 46 años, con enfermedad renal crónica en hemodiálisis por nefropatía por IgA e hiperparatiroidismo secundario, consulta tras caída a nivel con contusión en hombro izquierdo contra el borde de un escritorio. Presenta impotencia funcional progresiva del hombro. La radiografía inicial no muestra lesiones óseas, pero ante la alta sospecha clínica se solicita TAC, que evidencia fractura no desplazada de espina y cuerpo escapular izquierdo. Se maneja en forma conservadora con inmovilización, rehabilitación y derivación para resolución quirúrgica del hiperparatiroidismo. Se indica manejo conservador con inmovilización y rehabilitación funcional progresiva, con buenos resultados clínicos a la espera de trasplante renal y tratamiento quirúrgico por equipo de cabeza y cuello.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este caso vemos como considerar patologías subyacentes puede ser una herramienta para avanzar en el estudio de pacientes con traumatismos menores y síntomas desproporcionados. La radiografía simple puede no ser concluyente para el diagnóstico de fractura de escápula. Por esto es por lo que saber sospechar permite realizar estudios complementarios oportunos, evitar subdiagnósticos y asegurar un manejo adecuado en pacientes con factores de riesgo óseo.

PALABRAS CLAVE

Escapula, Hiperparatiroidismo, Tomografía axial computarizada