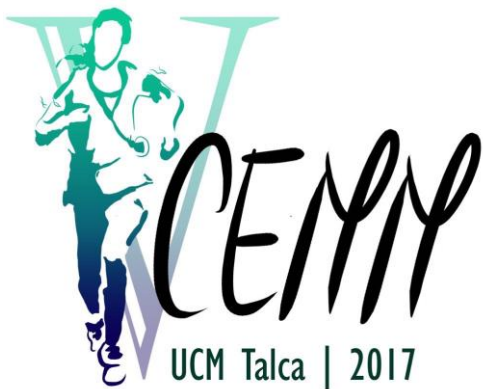
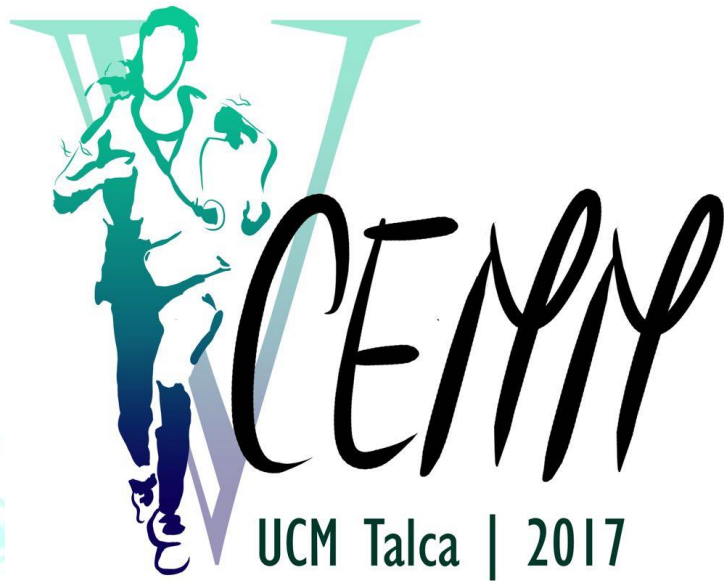


LIBRO RESUMEN V CONGRESO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL MAULE





Libro Resumen
V Congreso de Estudiantes de Medicina
del Maule

UCM Talca (Chile) | 2017
9,10,11 Noviembre 2017

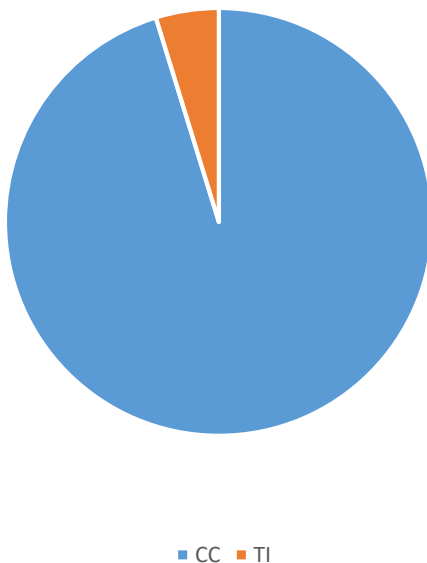
Presentación

El inicio de los congresos de estudiantes de medicina del Maule remonta al año 2012, congreso realizado en la universidad autónoma de Talca, una instancia educativa, temática, interactiva e instructiva que permite expandir los horizontes del conocimiento de los jóvenes estudiantes y de aquellos profesionales interesados en los avances médicos, además de incentivar la investigación científica la cual es un pilar fundamental para el desarrollo de médico de hoy en día , donde participan los estudiantes de medicina del Maule y abierta a todos los estudiantes de medicina a lo largo de Chile, de los diversos niveles y universidades. El presente fue el Quinto congreso de estudiantes de medicina del Maule, siendo el anfitrión la Universidad Católica del Maule.

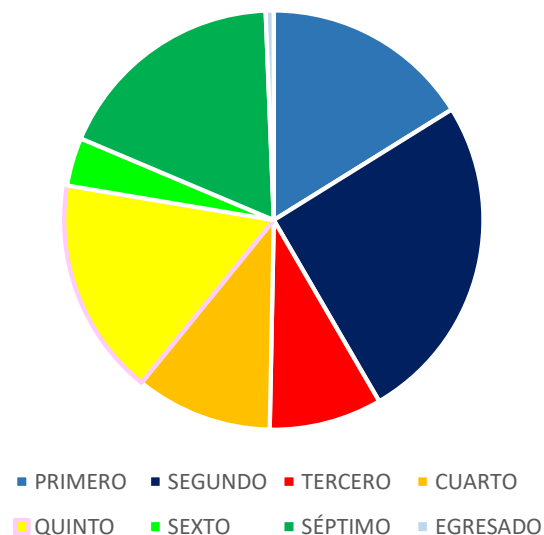
Luego de un arduo trabajo de recepción, revisión y selección de trabajos de investigación y casos clínicos, es de gran agrado presentarles el libro resumen del Quinto Congreso de estudiantes de medicina del Maule (CEMM). El presente libro contiene los 34 trabajos expuestos entre las fechas 9 y 11 de noviembre del 2017. Seleccionados por nuestro comité evaluador entre más de 100 trabajos recibidos.

Cabe agradecer al comité evaluador del concurso de casos clínicos y trabajos de investigación por su trabajo y apoyo a esta gran actividad, llevada a cabo por los mismos estudiantes de la Universidad Católica del Maule junto a nuestros docentes.

Trabajos recepcionados



Asistencia por curso estudiantes de medicina V CEMM



Organización

Comité Organizador CEMM

- Manuel Salazar zuñiga , Presidente Centro de Alumnos, Medicina
- Javier Valdes Bravo, Vicepresidente Centro de Alumnos, Medicina
- Maximiliano Rubio Soto, Secretario General Centro de Alumnos, Medicina
- Elías Faúndez Guzmán, Secretario de finanzas Centro de Alumnos, Medicina
- Paulina García Arteaga, Vocalía de Pastoral Centro de Alumnos, Medicina
- Samuel Carrillo Vejar, Secretaría de bienestar Centro de Alumnos, Medicina
- Diego Acuña Caroca, Vocalía de bienestar Centro de Alumnos, Medicina
- Álvaro Torres Vergara, Vocalía de investigación Centro de Alumnos, Medicina

Comité Evaluador

Dra. Carolina Añazco

Dra. Esperanza Durán González

Dra, Andrea Huidobro

Dr. Erik Morales Mejias

Dra. Pilar Zamora León

Comité Organizador Casos Clínicos y Trabajos de Investigación

- Elías Faúndez Guzmán
- Álvaro Torres Vergara

Auspiciadores



Grupo CTO



Título del Caso Clínico:

ADENOCARCINOMA DE AMPOLLA DE VATER: REPORTE DE UN CASO.

1. Clase: Caso Clínico (CC)
2. Autores: Natalia Pino Figueroa¹ Alejandra Quiroz Pradenas¹ Álvaro Pérez Cabezas¹ Diego Garrido Ibañez¹ Claudio Tapia Cortes²
3. Afiliación: ¹Universidad Católica de la Santísima Concepción. Chillán. ²Cirujano general. Universidad Católica de la Santísima Concepción. Servicio de Cirugía, Hospital Herminda Martín. Chillán.

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma de ampolla de Vater (AAV) representa el 0,2% de las neoplasias gastrointestinales y 6% de las periampulares. El síntoma más frecuente es ictericia asociada a patrón colestásico. El principal diagnóstico diferencial debe hacerse con el cáncer de páncreas, neoplasia periampular mucho más frecuente que tiene un pronóstico más desfavorable. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es muy útil como estudio imagenológico y para fines terapéuticos.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 99 años, con antecedente de diabetes mellitus e hipertensión arterial. Colectectomizado hace 7 años. Consulta por ictericia de 2 semanas de evolución, asociada a decaimiento y pérdida de peso significativa. El laboratorio de ingreso presenta patrón colestásico. Se realizó estudio con ecografía, tomografía computarizada y resonancia magnética de abdomen que concluyeron dilatación de vía biliar intra y extrahepática, e imagen nodular de 18 mm en zona ampular, sin invasión secundaria. Se realiza ampulectomía endoscópica, procedimiento en que se observa invasión residual a planos profundos. La histología informó AAV, con compromiso de los bordes de la muestra. El paciente falleció días más tarde debido a hemorragia digestiva.

DISCUSIÓN: Los tumores periampulares tienen una presentación clínica similar, con ictericia obstructiva. Es importante hacer un diagnóstico diferencial debido a la gran diferencia en el pronóstico de los diferentes tipos histológicos. El cáncer de páncreas es el tumor periampular más frecuente y tiene grandes diferencias respecto al AAV, la posibilidad de resección es de un 22% versus 78%, y la sobrevida es de un 32% versus 12%, respectivamente.

PALABRAS CLAVE: Adenocarcinoma, ampolla de Vater, ictericia obstructiva.

Código verificador: 20C3077C17

1. Título del Caso Clínico:

CEFALEA CON SIGNOS DE ALARMA EN UN PACIENTE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

2. Clase: Caso clínico

3. Categoría: Medicina Interna/Neurología

4. Autores: Marianela Morales¹, Diego Murúa¹, Daniel Meneses Veisaga¹, Catalina Rojas Amerovic² Consuelo Torres Jiménez¹ Jorge Valdivia Muñoz²

5. Tutores: Catalina Rojas Amerovic², Mussiel Lahera Piniella³.

6. Afiliación: ¹Interno de medicina, Universidad Católica de Maule, ²Médico General, Universidad Católica del Maule ³Neurólogo, Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule

INTRODUCCIÓN: La cefalea es motivo frecuente de consulta, la mayoría tiene un origen benigno, pero en ocasiones puede reflejar enfermedad grave. Signos neurológicos asociados constituyen una sospecha de origen secundario, por lo cual su búsqueda resulta esencial.

PRESENTACIÓN DE CASO: Mujer de 25 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cefalea hemicránea derecha asociada a diplopía. Su examen físico destaca ojo derecho aducido y dificultad para abducción con oftalmoplejia internuclear.

Se deriva a neurólogo quien solicita resonancia magnética (RM) cerebral y estudio de líquido cefalorraquídeo. Los resultados fueron concordantes con Esclerosis Múltiple (EM).

Al indagar, refiere que 10 meses previos a la consulta presentó parestesias en extremidades inferiores que cedieron espontáneamente.

DISCUSIÓN: En Atención Primaria la cefalea corresponde al diagnóstico neurológico más frecuente en mayores de 20 años (1). Siempre se deben evaluar signos de alarma, paresia, papiledema y compromiso de conciencia son algunos con significancia estadística para predecir causa secundaria (2). Un estudio estableció que un examen neurológico alterado tiene una sensibilidad de 56,3% y especificidad de 84,1%, para cefalea secundaria, junto con un LR+ 3,56 (2,47-5,06), LR- 0,52 (0,38-0,72) (3). Por lo tanto, cuando estos hallazgos están presentes es justificable derivar a especialista y realizar estudio con neuroimagen (4).

Por otro lado, la EM es una enfermedad desmielinizante del Sistema Nervioso Central. Su clínica es variada según el territorio anatómico afectado, pudiendo ser la cefalea una de sus manifestaciones (5).

Este caso ejemplifica la importancia de una adecuada anamnesis y examen físico en busca de causas secundarias de cefalea.

PALABRAS CLAVES: Cefalea, Atención Primaria, Esclerosis Múltiple.

Código Verificador: 20C3939C17

1. Título del Caso Clínico

EL ABSCESO TUBO-OVÁRICO (ATO) EN URGENCIAS: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

2. Clase: Caso Clínico (CC)

3. Categoría: Ginecología

4. Autores: Simón Escobar Cavieres¹. Claudio Martínez Jimenez¹. José Guerra Meniconi¹. Amanda Wosiack Menin¹. Macarena Marzzano Moraga¹. Jaime Marín Cáceres¹.

5. Tutores: Belén Pedraza Jaque².

6. Afiliación: 1. Interno de Medicina Universidad de Santiago de Chile. 2. Médico cirujano, Residente Cirugía, Universidad de Santiago de Chile, Campus Hospital San José, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN: El ATO es una salpingitis severa que produce grandes daños en el aparato reproductor de la mujer. Su incidencia aumenta en mujeres mayores de 40 años, asociado a factores de riesgo (FR) como enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) a repetición, infertilidad, procedimientos intrauterinos y uso de dispositivo intrauterino (DIU). Al exámen físico con signos de EIP asociados a masa anexial palpable, sin embargo, se puede presentar como un abdomen agudo, contexto en que se debe diferenciar de otras patologías con el fin de otorgar tratamiento oportuno.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 52 años, con antecedente de cáncer cerviouterino Etapa IIB en manejo con quimioterapia. Acude al Servicio de Urgencias (SU) por cuadro de siete días caracterizado por dolor en fosa iliaca derecha (FID), asociado a náuseas, anorexia y fiebre de 39.9°C axilar. Al examen físico destaca abdomen distendido, dolor a palpación en FID e hipogastrio con defensa muscular y reacción peritoneal. Exámenes de ingreso demuestran PCR en 352 sin leucocitosis. Se diagnostica Peritonitis secundaria a apendicitis aguda perforada. Ingresa a pabellón para apendicectomía abierta, encontrándose ATO derecho asociado a apéndice congestivo. Se resuelve el cuadro post apendicectomía, con vaciamiento del absceso y anexectomía derecha.

DISCUSIÓN: El ATO se puede presentar en un cuadro clínico complejo en el SU. Su diagnóstico se puede soslayar con otras causas de abdomen agudo, como la apendicitis. Es importante el alto índice de sospecha a través del reconocimiento de sus FR y así promover el manejo oportuno.

PALABRAS CLAVES: *Absceso tubo-ovárico, apendicitis aguda, abdomen agudo.*

Código Verificador: 20C9298C17

1. Título del Caso Clínico:

**ENFERMEDAD POR ANTICUERPOS ANTIMEMBRANA BASAL GLOMERULAR: A
PROPÓSITO DE UN CASO.**

2. Clase: caso clínico

3. Categoría: MEDICINA INTERNA

4. Autores: Eduardo Bravo Lazaneo⁽¹⁾; Ana Cecilia Escobar Montoya⁽¹⁾; Sharon Pineda Flores⁽¹⁾; Marcela Silva Figueroa⁽¹⁾; Isadora Iglesias Honorato⁽¹⁾; Natalia Alvarado Alvarez⁽¹⁾

5. Tutores: Juan Bautista Mollo. ⁽²⁾

6. Afiliación: ⁽¹⁾Internos de Medicina, Universidad de Santiago de Chile, Santiago.

⁽²⁾Médico Cirujano, Servicio de Medicina, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por anticuerpos antimembrana basal glomerular (anti-MBG) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la presencia de autoanticuerpos contra el colágeno tipo IV, que afecta las membranas basales en riñón y pulmón, entre otros. Se manifiesta como una glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP) que puede asociarse a hemorragia alveolar, constituyendo el síndrome riñón-pulmón (SRP).

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO: Paciente sexo femenino de 60 años, consulta al Servicio de Urgencia por cuadro de 3 meses de evolución de compromiso del estado general, pérdida de peso no cuantificada, sudoración nocturna y orina espumosa. Al ingreso destaca edema generalizado, con creatinemia 3,06mg/dL (basal 0,6), nitrógeno ureico 21mg/dL, hemoglobina 6,7g/dL, orina con hematuria y proteinuria 24h de 3,63grs.

Escáner de tórax informa "áreas de panalización y fenómenos de fibrosis pulmonar en ambas bases pulmonares". Ecografía renal sin alteraciones. Estudio inmunológico: ANA

1/320, ANCA y antiDNA negativos, Coombs directo (+).

Evoluciona con síndrome urémico por lo que se sospecha una GNRP, iniciándose terapia con metilprednisolona y diálisis. Posteriormente presenta hemoptisis requiriendo ventilación mecánica invasiva. Se realiza lavado broncoalveolar, confirmando hemorragia alveolar.

En contexto de SRP se solicitan anticuerpos anti-MBG que resultan positivos, por lo que se decide completar pulsos de metilprednisolona asociado a terapia inmunosupresora y plasmaféresis; sin embargo, la paciente fallece.

DISCUSIÓN:

A pesar del esfuerzo terapéutico, la paciente fallece. Este desenlace estuvo determinado por varios factores de mal pronóstico: edad avanzada, diagnóstico tardío, severa falla renal al inicio del cuadro, deterioro de la función pulmonar. Otro factor es el alto porcentaje de glomerulos con proliferación extracapilar en la biopsia.

PALABRAS CLAVES: vasculitis, Goodpasture, antimembrana

Código Verificador: 20C9982C17

1. Título del Caso Clínico:

FIBRODISPLASIA MUSCULAR ESTENOSANTE DE ARTERIA RENAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA.

2. Clase: Caso clínico.

3. Categoría: Medicina interna.

4. Autores: Diego Garrido Ibáñez ⁽¹⁾, Álvaro Pérez Cabezas ⁽¹⁾, Francisco Fritzsche Bolaño ⁽¹⁾.

5. Tutor: Sergio Correa Troncoso ⁽²⁾.

6. Afiliación:

(1) Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán.

(2) Médico internista, Servicio de Medicina Interna, Hospital Herminda Martin, Chillán.

INTRODUCCIÓN: La hipertensión arterial secundaria se define como aquella con una causa identificable, que corresponde al 5-10 % del total de hipertensos. La displasia fibromuscular estenosante de la arteria renal como agente etiológico representa un porcentaje mínimo de los casos. La detección oportuna es importante para instaurar tratamiento precoz y así disminuir el riesgo cardiovascular y la mortalidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 40 años, con antecedente de hipertensión arterial hace 20 años. Cursa con disartria, desviación de comisura bucal izquierda y paresia de extremidad superior ipsilateral. Tomografía computarizada cerebral destaca isquemia frontoopercular derecha, se complementa con AngioTAC cerebral que evidencia suboclusión de la arteria carótida derecha. Evoluciona con falla renal, regresión del déficit neurológico e hipertensión mantenida, no controlable con amlodipino, atenolol e hidralazina a dosis máximas. Ecodoppler renal muestra atrofia de ambos riñones con estenosis bilateral de arteria renal. Se realizó angiografía renal que confirma lesión infiltrativa en arteria renal derecha con estenosis de 2,2 mm por lo que se instaló stent sin incidentes, logrando corrección de función renal y control adecuado de la presión arterial.

DISCUSIÓN: La estenosis de la arteria renal causa repercusión vascular sistémica y deterioro de la función renal. Se debe sospechar en pacientes con soplo abdominal, deterioro de la función renal, hipertensión arterial en paciente joven o de difícil manejo. El gold estándar es la angiografía renal, procedimiento diagnóstico y terapéutico. La detección de fibrodisplasia muscular obliga a investigar otros lechos vasculares por el riesgo inminente de isquemia secundaria a la estenosis, sobre todo a nivel cerebral.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión Renovascular, Obstrucción de la Arteria Renal, Isquemia Encefálica.

Código Verificador: 20C2199C17

1. Título del Caso Clínico:

FRACTURA DE PENE. REPORTE DE UN CASO

2. Clase: Caso Clínico

3. Autores: Gabriel Morales Molina(1). Sebastián Campos Peralta(1). Kristofer Arrué Brenet(1). Rolando Monsalve Sepúlveda(1)

4. Tutor: Oscar Sánchez Varas(2)

5. Afiliación: ¹Universidad de Talca, Hospital San Juan de Dios de Curicó. Curicó Chile. ²Médico Cirujano, Urólogo. Universidad de Talca. Servicio de Urología, Hospital San Juan de Dios de Curicó. Curicó Chile

INTRODUCCIÓN: La fractura de pene es una urgencia urológica infrecuente pero grave que puede llegar a comprometer la calidad de vida del paciente significativamente por lo que el correcto y oportuno manejo es definitorio en el pronóstico. El principal mecanismo de lesión es la torsión brusca durante el coito.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 19 años sin antecedentes, consulta en urgencias por dolor intenso, aumento de volumen, deformidad y coloración violácea del pene de 4 horas de evolución posterior a maniobra de torsión durante la masturbación. Al ingreso se comprueba lesión descrita y se interconsulta a urólogo quien impresiona cuadro compatible con fractura de pene indicando cirugía de urgencia donde se realiza incisión circular para desforrar el pene hasta la base, constatándose hematoma en base del cuerpo cavernoso derecho con zona de ruptura. Se drena hematoma y se sutura la lesión. El paciente evoluciona en buenas condiciones generales, con leve dolor, orina clara e inflamación esperada del pene. Al control una semana postoperatorio relata erección dolorosa, persistiendo con hematoma de prepucio con tendencia a la baja.

DISCUSIÓN: El diagnóstico de la fractura de pene es mayormente clínico, sin embargo el apoyo con estudio de imágenes como la ecografía de cuerpos cavernosos permite confirmar diagnóstico, aunque no siempre se encuentra disponible por lo que no debe limitar la conducta. La importancia del médico general en identificar la lesión en urgencias y realizar una derivación oportuna radica en que se trata del primer enfrentamiento del paciente y marca el futuro de la evolución.

PALABRAS CLAVE: Fractura de pene, urgencia urológica, ruptura cuerpo cavernoso

Código Verificador: 20C3392C17

1. Título del caso Clínico:

HEMORRAGIA EXPULSIVA ESPONTÁNEA. REPORTE DE UN CASO.

2. Clase: Caso clínico (CC)

3. Categoría: Oftalmología

4. Autores: Cristián Figueroa Hernández ⁽¹⁾, María Rosario Soto Díaz ⁽¹⁾, Camilo Sánchez González ⁽¹⁾, Camila Pérez Pinto ⁽¹⁾, Pablo Rodríguez Fuentes ⁽¹⁾, Matías Morán Villena ⁽¹⁾

5. Tutor: Justianny Lanza Malave ⁽²⁾

6. Afiliación: ¹ Universidad de Talca, Talca. ² Médico cirujano especialidad oftalmología, Hospital San Juan de Dios, Curicó

INTRODUCCIÓN: La hemorragia expulsiva es un cuadro clínico raro que se puede presentar como complicación de cirugía oftalmológica o de forma espontánea en paciente con factores de riesgo como edad avanzada, arteriosclerosis, hipertensión, enfermedades inflamatorias y oculares como glaucoma, afecciones corneales y afaquia.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente sexo femenino 88 años diabética, hipertensa y enferma renal crónica en etapa IV, con antecedentes de glaucoma de ángulo abierto bilateral, operado, actualmente sin tratamiento médico, y facoemulsificación más lente intraocular derecho por catarata. Consulta al Servicio de Urgencias por sangrado activo de ojo izquierdo de inicio espontáneo. Al examen físico se observa lesión ocular que da salida a contenido de cámara anterior. Evaluada por oftalmología, se objetiva herida abierta de globo ocular izquierdo, con salida de pus, cristalino, vítreo y contenido intraocular. Se decide ingresar a pabellón donde se realiza debridación de la conjuntiva, queratectomía total y extracción de contenido uveal y de coroides con cureta y luego se procede a colocar implante de cristal, sin incidentes.

DISCUSIÓN: La hemorragia expulsiva puede ser tanto postquirúrgica como espontánea, siendo esta última escasamente registrada en la literatura. En su fisiopatología juega un papel importante los factores de riesgo como la arteriosclerosis, la hipertensión arterial y el glaucoma. Si bien es frecuente que la hemorragia expulsiva se presente con el antecedente de una ulceración corneal que facilite la disrupción, su presencia no es mandatoria, escenario en que cobra importancia la presencia de hifema que causaría una variación en la elasticidad del limbo esclerocorneal y favorecería su rotura.

PALABRAS CLAVES: hemorragia del ojo, rotura espontánea, glaucoma

Código Verificador: 20C8671C17

1. Título del Caso Clínico.

HEMORRAGIA INTRACEREBRAL NO TRAUMÁTICA EN RECIÉN NACIDO DE TÉRMINO. PRESENTACIÓN DE CASO.

2. Clase: Caso Clínico

3. Autores: Rebeca Gallardo¹, Ximena Atero¹, Diego Barrueto Catalán¹, Dr Francisco Navarro².

4. Afiliación: ¹Facultad de medicina, Universidad Diego Portales. ²Servicio de Neonatal, Clínica Bicentenario, Santiago, Chile.

INTRODUCCION: La convulsión neonatal es un síntoma de morbilidad neurológica, tiene una incidencia de 0,2% en recién nacido de término (RNT) y puede dejar secuelas en el 35% de los neonatos que la padecen. Pueden ser producidas por diversas etiologías. Una etiología poco frecuente en un RNT es la hemorragia cerebral no traumática, con una incidencia entre 1 y 2%. Dentro de estas, la hemorragia subdural es la menos común.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente sexo masculino RNT 38 semanas sin antecedentes prenatales, parto vaginal espontáneo sin complicaciones Apgar 9-9. A las 12 hrs de vida evoluciona con dificultad para alimentarse, episodios de rigidez y movimientos clónicos. Se hospitaliza, presentando nueva crisis convulsiva manejada inicialmente con fenobarbital evolucionando a status de difícil manejo farmacológico requiriendo fenobarbital + levetiracetam + BIC midazolam y ventilación mecánica. Tac cerebral demuestra hemorragia intraventricular derecha, leve hidrocefalia supratentorial secundaria. Pruebas de coagulación, F XIII, perfil infeccioso, estudio metabólico basal y electrolitos normales. Planteándose posible malformación venosa cerebral. RNM evidencia contenido hemático ventrículo lateral derecho, hidrocefalia secundaria comunicante supra e infratentorial, hemorragia subaracnoidea supra e infratentorial, hematoma subdural subagudo occipital posterior izquierdo y bilateral en fosa posterior, sin hallazgo de malformación vascular. Actualmente 17 días de vida, estable, sin requerimientos de oxigenoterapia, con aporte enteral total en tratamiento con anticonvulsivantes. Se interconsulta a neurocirugía para válvula de derivación ventrículo peritoneal.

DISCUSION:

Se presenta caso por baja incidencia de convulsiones neonatales secundarias a eventos hemorrágicos sin antecedentes perinatales de sospecha, actualmente sin claridad de la etiología hemorrágica (descartadas las principales causas).

Código Verificador: 20C5765C17

1. Título del Caso Clínico:

HERNIA DE SPIEGEL, UN RARO DEFECTO DE LA PARED ABDOMINAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE.

2. Clase: Caso clínico.

3. Categoría: Cirugía.

4. Autores: Diego Garrido Ibáñez ⁽¹⁾, Álvaro Pérez Cabezas ⁽¹⁾, Natalia Pino Figueroa ⁽¹⁾, Francisco Fritzsche Bolaño ⁽¹⁾.

5. Tutor: Michael Grossmann Álvarez ⁽²⁾.

6. Afiliación: ¹ Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán. ² Cirujano General, Servicio de Cirugía, Hospital Herminda Martín, Chillán.

INTRODUCCIÓN: La hernia de Spiegel representa una hernia infrecuente de la pared abdominal, la cual se desarrolla a través de la línea semilunar de Spiegel (entre la fascia del músculo recto anterior y las vainas de los músculos anchos del abdomen). Constituye entre el 0,1-2% de todas las hernias de la pared abdominal. Su presentación clínica es variable e inespecífica, por lo que requiere un alto índice de sospecha para hacer el diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente sexo femenino de 77 años, con antecedente de hipertensión arterial. Hace 12 meses presenta aumento de volumen inguinal izquierdo, reductible, doloroso a la palpación, que se exacerba con maniobra de Valsalva. Se diagnostica hernia inguinal no complicada y se decide resolución quirúrgica electiva. En el intraoperatorio no se observa hernia inguinal izquierda, se explora hacia cefálico evidenciando anillo de 2 centímetros de diámetro con epiplón en su interior en el tercio inferior de la línea semilunar de Spiegel, el cual se sutura sin incidentes. Evoluciona favorablemente por lo que egresa a las 12 horas post operada.

DISCUSIÓN: La hernia de Spiegel constituye un desafío diagnóstico. Éste es fundamentalmente clínico, sin embargo su presentación clínica inespecífica y poco frecuente hacen que pase fácilmente inadvertida. Con respecto al caso clínico, al ser una hernia de tercio inferior de la línea semilunar, no es extraño que haya sido confundida con una hernia inguinal. Si bien el examen imagenológico de elección es la Tomografía Computarizada Abdominal, no se consideró dentro de la valoración preoperatoria por no haber sospecha de complicación aguda.

PALABRAS CLAVE: Hernia abdominal, Hernia inguinal, Dolor abdominal.

Código Verificador: 20C7440C17

1. Título del Caso Clínico:

HIPOGLUCEMIA NEONATAL PERSISTENTE EN RECIÉN NACIDA DE TÉRMINO SECUNDARIO A HIPERINSULINISMO: REPORTE DE UN CASO.

2. Clase: Caso Clínico (CC)

3. Categoría: Neonatología

4. Autores: Gastón Pérez Parraguez¹, Ignacio Flores Soto², María Eugenia Osorio Rapiman³.

5. Afiliación: ¹⁻² Internos de Medicina, Universidad de Santiago de Chile (USACH). ³ Médico, Servicio de Salud O'higgins.

INTRODUCCIÓN: La hipoglicemia neonatal es un problema metabólico que refleja una mala adaptación a la vida extrauterina. Si es prolongada o recurrente, puede originar alteraciones sistémicas agudas y secuelas neurológicas, por lo que su manejo es primordial en la atención inmediata del recién nacido.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Recién nacida de término (RNT) 38 semanas, cesárea por distocia, embarazo sin complicaciones, peso nacimiento 3950 gramos, APGAR 9/9. A la hora de vida presenta hipoactividad. Glicemia capilar (HGT) de 11 mg/dl. Se maneja con carga de glucosa a 4,2mg/kg/min con control de HGT a la hora de 34 y glicemia central de 44mg/dL. Evolución tórpida cuadros recurrentes de hipoglicemias sintomáticas, requiriendo cargas de glucosa de 4-8 mg/kg/min pese a adecuada ingesta vía oral. Se decide estudio metabólico: lactato, tándem mass, aminoaciduria, pruebas tiroideas, amonio, cortisol, que resultan normales. Se sospecha hiperinsulinismo persistente por lo que se realiza prueba de glucagón la que resulta positiva, con insulinemia de 386.1 pmol/l (VN: 21,5-143 pmol/l), con glicemia central de 44mg/d. Se inicia diazóxido en dosis de 10mg/kg/día, al que responde de forma adecuada con HGT al alza, ajustando dosis del fármaco a la baja hasta 6mg/kg/día, sin requerimiento de glucosa parenteral y controles glicémicos adecuados.

DISCUSIÓN: La hipoglicemia neonatal es un problema clínico con incidencia variable. Tras ser persistente a pesar de un adecuado manejo representa un verdadero desafío. El hiperinsulinismo neonatal es la primera causa de hipoglicemia persistente en el recién nacido, por lo que la debemos sospechar ante un cuadro clínico sugerente.

PALABRAS CLAVES: Hipoglicemia neonatal, hiperinsulinismo, diazóxido.

Código Verificador: 20C9987C17

1. Título del Caso Clínico:

Intoxicación por paraquat: A propósito de un caso.

2. Clase: Caso clínico.

3. *Categoría: Medicina interna*

4. Autores: Pablo Rodríguez Fuentes¹. Camila Pérez Pinto¹. Matías Morán Villena¹. Cristián Figueroa Hernández¹. Gabriel Sánchez Gonzalez¹.

5. Tutor: Eduardo Gatica Bastías².

6. Afiliación: ¹ Universidad de Talca, Talca. ² Médico de unidad de urgencias. Hospital San Juan de Dios, Curicó

INTRODUCCIÓN: El Paraquat (N, N'-dimetil-4,4'-bipiridilo dicloruro; PQ) es uno de los herbicidas más usados del mundo, a pesar de su prohibición de la unión Europea desde el 2007 por no alcanzar los estándares de salud. Como mecanismo lesivo, el PQ inhibe la cadena respiratoria mitocondrial generando radicales libres de oxígeno (ROS) lo que origina inflamación tisular y necrosis de tejidos en contacto con esta sustancia.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se presenta el caso de un paciente masculino de 31 años de edad. Que acude por ingesta de alta probabilidad de paraquat. Ingresa con síntomas nauseosos, desorientación leve en glasgow 14, resto de examen físico sin otros hallazgos a destacar. Evoluciona rápidamente a la fase hepatorenal (24 hrs). Con aumento brusco de creatinina (Sobre 3 mg/dL), oliguria, febril hasta 40°, con compromiso mayor del sensorio, úlceras en mucosa oral y deposiciones diarreicas de color verdoso. Eventualmente evoluciona con, daño hepático y perforación esofágica. En menos de 48 hr el paciente muere por mediastinitis aguda asociado a falla multiorgánica.

DISCUSIÓN: El tratamiento inicial está dado por lavado gástrico con carbón activado y la contraindicación de oxígeno suplementario. El tratamiento de soporte consiste en hemodiálisis con filtros de carbón activado, en conjunto con glucocorticoides en altas dosis y ciclofosfamida. La terapia antioxidante no ha demostrado mejoría en la morbimortalidad. No obstante, el factor predictor más potente en términos de mortalidad es la dosis ingerida.

A raíz del caso se revisarán conceptos sobre presentación clínica y tratamiento de intoxicación por bupiridilo.

PALABRAS CLAVES: Paraquat, Envenenamiento

Código Verificador: 20C7095C17

1. Título del Caso Clínico:

INVAGINACIÓN INTESTINAL EN ADULTO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

2. Clase: Caso Clínico.

3. Categoría: Cirugía / Urgencias

4. Autores: Nikoll Torres Navarrete¹ Loreto Lara Perez¹ Claudio Jorquera Arredondo¹ Daniel Meneses Veisaga¹ Diego Murúa Astorga¹ Marianela Morales Leal¹

5. Tutores: Juan Bravo figueroa²

6. Afiliación:

¹ Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule.

² Cirujano. Universidad Católica del Maule, Hospital Regional de Talca.

INTRODUCCIÓN: La invaginación intestinal es definida como la introducción del segmento proximal del intestino dentro del lumen del segmento distal adyacente (1).

A diferencia de la población pediátrica, en adultos la invaginación intestinal corresponde a una causa poco frecuente de obstrucción intestinal mecánica (2). Representa 1 – 5 % de las causas de Obstrucción intestinal (3).

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 41 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en el servicio de urgencia por cuadro de dolor abdominal epigástrico de 5 días de evolución, asociado a vómitos y deposiciones sanguinolentas. Destaca al ingreso, aumento volumen, sensible a nivel periumbilical, sin signos de irritación peritoneal. Escáner evidencia engrosamiento parietal de colón descendente y sigmoides, compatible con invaginación colocolónica. Colonoscopia observa asa de colon intususceptada con necrosis de la mucosa.

Ingresa a pabellón, se realiza hemicolectomía izquierda y anastomosis colon ascendente-sigmoideo latero-lateral. Paciente presenta favorable evolución clínica.

Biopsia informa infarto isquémico transmural de intestino grueso. No se observa tumor

DISCUSIÓN: La invaginación intestinal en adulto se presenta como un cuadro de dolor abdominal inespecífico. La triada característica en población pediátrica de dolor abdominal, masa abdominal palpable y deposiciones sanguinolentas es poco frecuente en los adultos (4). TAC con contraste es el estudio de elección para el diagnóstico. Es posible observar engrosamiento del segmento debido a la intususcepción del intestino (5).

Las etiologías son diversas un 70 – 90 % son secundarias a lesiones tipo orgánicas subyacentes, existe un 10 % de causa idiopática (5). El tratamiento de la invaginación colocolónica, debe ser quirúrgico con resección del segmento comprometido.

PALABRAS CLAVES: Invaginación Intestinal, Intususcepción, Obstrucción Intestinal.

Código Verificador: 20C1384C17

REFERENCIAS

1. Pablo Alvayay Quilodrán,¹ Giancarlo Schiappacasse Faúndes,² Andrés Labra Weitzler,² Camila De La Barra Escobar Invaginaciones intestinales en adultos: la visión del radiólogo. Acta Gastroenterol Latinoam 2015; 45:323-332
2. R. Franco-Herrera, M. Burneo-Esteves, J. Martín-Gil, A. Fabregues-Olea, D. Pérez-Díaz y F. Turég Fuentes Invaginación intestinal en el adulto. Una causa infrecuente de obstrucción mecánica. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo II, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España
3. Athanasios Marinis, Anneza Yiallourou, Lazaros Samanides, Nikolaos Dafnios, Georgios Anastasopoulos, Ioannis Vassiliou, Theodosios Theodosopoulos Intussusception of the bowel in adults: A review.
4. Michele Amoruso, Dario D'Abbicco, Stefania Praino, Angelica Conversano, Antonio Margaribdiopathic adult colo-colonic intussusception: Case report and review of the literature. International Journal of Surgery Case Reports 4 (2013) 416– 418.
5. R. Franco-Herrera, M. Burneo-Esteves, J. Martín-Gil, A. Fabregues-Olea, D. Pérez-Díaz y F. Turég Fuentes Invaginación intestinal en el adulto. Una causa infrecuente de obstrucción mecánica. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo II, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

UCM Talca | 2017

1. Título del Caso Clínico:

LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE COMO PRESENTACIÓN DE COMPROMISO DE CONCIENCIA, EN RELACION A UN CASO CLÍNICO.

2. Clase: Caso Clínico.

3. Categoría Temática: Urgencia

4. Autores: María Gómez Z.¹ Cedrik Gálvez L.¹ Sergio Arias F.¹ Josefa Lathrop G.¹ Carla Toso Pérez.¹ Felipe Aravena F.¹

5. Tutores: Lorena Buele G.² Maria Eugenia Iroldi S.²

6. Afiliación: ¹Interno (a) de Medicina Universidad de Chile. ²Médico Urgenciólogo, Universidad de Chile-Universidad San Sebastián, Hospital San Juan de Dios.

INTRODUCCIÓN: Leucoencefalopatía progresiva reversible, es un síndrome Clínico y radiográfico de variada etiología, que son agrupadas por presentar similares hallazgos neuroimagenológicos. Se ha descrito como un síndrome de instalación insidiosa caracterizado por cefalea, alteración de la conciencia, cambios visuales y convulsiones.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Femenino 57 años

Antecedentes: Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, depresión.

Durante madrugada del 17/10/17, presenta, luego de estrés emocional, cuadro de inicio súbito, caracterizado por cefalea icтал opresiva, intensidad 10/10, asociada a mareos, vómitos y fosfenos, por lo que consulta en urgencia de atención primaria (SAPU), siendo manejada de forma sintomática. Por persistencia de clínica, decide reconsultar en otro SAPU, en donde presenta convulsión tónico clónica autolimitada, con pérdida de control de esfínter urinario. Se deriva a urgencia del hospital.

Allí se inicia estudio y manejo, en donde ingresa: conciente, desorientada, afebril, hipertensa (167/84 mmHg), refiriendo visión borrosa. Sin déficit neurológico.

Tomografía y resonancia magnética de control muestran restricción a la difusión cortical parietooccipitales bilaterales simétricas. Las cuáles serían compatibles con encefalopatía hipertensiva aguda. En urgencia, se inicia manejo de presión arterial con bomba de infusión de labetalol y protocolo de neuroprotección.

DISCUSIÓN: Encefalopatía hipertensiva aguda debe ser rápidamente reconocida dentro de atención de urgencia, debido a secuelas funcionales posteriores. Estudios de imágenes deben ser realizados con alta sospecha diagnóstica. Sin embargo, el amplio espectro de expresión clínica, sumado a lo poco frecuente de la misma, hacen que la evidencia de manejo, sea aun limitada. Su manejo inicial debe ser centrado en el control adecuado de presión arterial bajo monitorización continua.

PALABRAS CLAVES: Leucoencefalopatías, Encefalopatía hipertensiva, Trastornos de la conciencia.

Código Verificador: 20C8620C17

1. Título del Caso Clínico:

**MANEJO DE SINDROME POLIGLANDULAR TIPO II DURANTE EL EMBARAZO:
REPORTE DE UN CASO**

2. Clase: caso clínico

3. Categoría: ginecología

4. Autores: Victor Marchant Venegas ⁽¹⁾, Maria Acevedo Pavez ⁽¹⁾, Daniel Echeverría Carrasco ⁽¹⁾, Pedro Umanzor González ⁽¹⁾, Maria Farias Rivas ⁽¹⁾, Maria Sazo Muñoz ⁽¹⁾, Gerardo Jara Vasquez ⁽²⁾

5. Afiliación : ¹Universidad de Talca, Hospital San Juan de Dios, Curicó. ² Hospital San Juan de Dios, Curicó.

INTRODUCCIÓN: El Síndrome Poliglandular Autoinmune representa una entidad infrecuente (SPGA), siendo el SPGA tipo II la presentación más habitual, con una prevalencia de 1.4–2/100.000 hbs ⁽¹⁾, siendo 3 veces más frecuente en mujeres. Se caracteriza por Enfermedad de Addison (EA), Tiroiditis Autoinmune y Diabetes Mellitus tipo 1. Está asociado con los haplotipos HLA-DR3 y HLA-DR4 y la regla de herencia es autosómica dominante con expresividad variable ⁽²⁾. La literatura durante el embarazo es escasa.

PRESENTACIÓN DE CASO: Paciente de 22 años, nuligesta, antecedente de SPGA-II (enfermedad de Addison e hipotiroidismo) en tratamiento irregular, ingresa por crisis Addisoniana, y nivel de Hormona Estimulante Tiroidea de 71 mg/dl diagnosticándose embarazo de 12 semanas de gestación, control ecográfico normal. Comienza control endocrinológico, ginecológico y manejo con hidrocortisona, Fluorhidrocortisona y levotiroxina. Evoluciona con diabetes gestacional, acortamiento cervical progresivo y síndrome hipertensivo a las 28 semanas, indicándose maduración pulmonar, Progendo y manejo hospitalizado. Cultivo positivo para estreptococo grupo B tratado. Progresa con control ineficaz de presión arterial, con preeclampsia severa a las 34+2 semanas. Se realiza cesárea de urgencia por bradicardia fetal a las 34+3 semanas. Paciente evoluciona en buenas condiciones, recién nacido se maneja en neonatología sin complicaciones

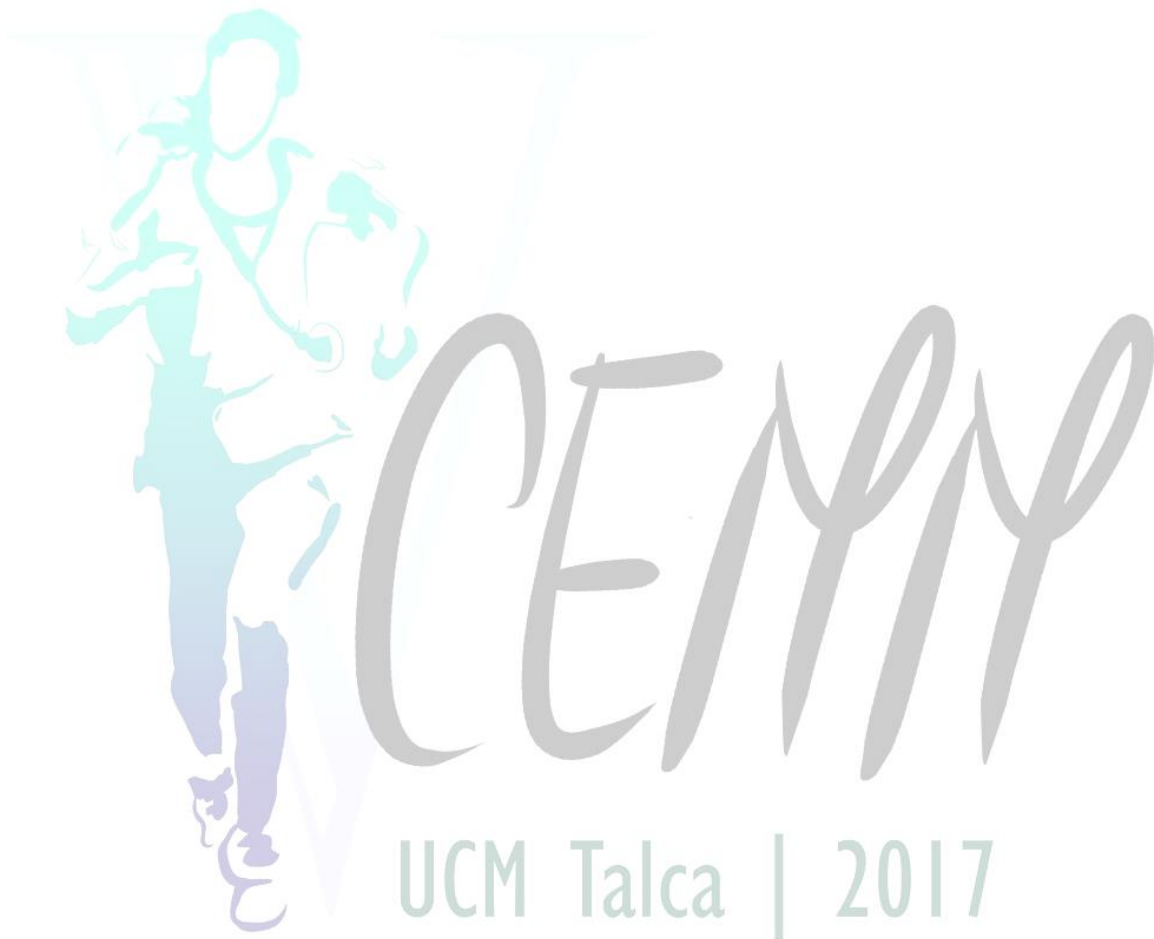
DISCUSIÓN: El SPGA-II es una extraña patología producida por trastornos autoinmune de diferentes glándulas con daño tisular. Su diagnóstico se basa en la clínica, niveles hormonales y pruebas inmunitarias. Su tratamiento debe ser estricto y controlado por especialista. Es necesario mayor investigación durante el embarazo, dada mayor prevalencia en mujeres jóvenes, para disminuir las potenciales complicaciones en embarazo.

PALABRAS CLAVE: Síndrome Poliglandular Autoinmune tipo II, Enfermedad de Addison, Preeclampsia

Codigo Verificador: 20C7858C17

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GJ. Kahaly. Polyglandular Autoimmune Syndrome Type II. Presse Medicale.41:e663-e670, 2012
2. Robles DT, Fain PR, Gottleib PA, Eisenbarth GS. The genetics of autoimmune polyendocrine syndrome type II. Endocrinol Metab Clin North Am 2002;31:353-68.



1. Título del Caso Clínico:

MASA VESICAL DEBIDO ACTINOMICOSIS EN UN PACIENTE CON SÍNTOMAS URINARIOS BAJOS.

2. Clase: Caso clínico

3. Categoría: Medicina Interna/Urología

4. Autores: Marianela Morales¹, Diego Murúa¹, Loreto Lara¹, Nikoll Torres¹

5. Tutores: René Henríquez², Nicole Jofré³.

6. Afiliación:¹Interno de medicina, Universidad Católica de Maule. ²Médico Urólogo, Hospital Regional de Talca. ³Anatomopatólogo, Hospital Regional de Talca.

INTRODUCCIÓN: La Actinomicosis es una infección granulomatosa crónica producida por la bacteria anaerobia gram-positiva *Actinomyces* spp.. Pertenece a la flora gastrointestinal normal, excepcionalmente afecta la vía urinaria, imitando clínicamente un tumor (1).

PRESENTACIÓN DE CASO: Hombre de 54 años, monorroreano congénito. Presenta dos años de evolución de síntomas urinarios, destacando urgencia y frecuencia miccional, vaciamiento incompleto y dolor abdominal bajo, con afectación importante de calidad de vida. Al examen físico destaca sensibilidad en hipogastrio. Ecografía vesical informa gran masa vesical. Dado sospecha de malignidad, se realiza resección transuretral. Biopsia informa cistitis crónica por *Actinomyces* spp. Es tratado por dos meses con Amoxicilina, con resolución completa evidenciada a la endoscopía. Scanner muestra presencia de uraco persistente, sospechoso de ser sitio primario de infección, por lo cual se realiza cistectomía parcial y resección.

DISCUSIÓN: El *Actinomyces* spp. es parte de la flora gastrointestinal, rara vez causa infección significativa. Factores de riesgo de infección abdominopélvica son, uso de dispositivos intrauterinos y presencia de uraco remanente (2-3).

La infección de las vías urinarias causa manifestaciones inespecíficas, como urgencia miccional, dolor hipogástrico y leucocitosis. Ocasionalmente, se puede encontrar una masa como hallazgo imagenológico, simulando lesión maligna (1,2,3).

El diagnóstico se obtiene mediante biopsia con presencia de gránulos de sulfuro y puede ser confirmada con cultivo (4).

El tratamiento clásico son altas dosis de penicilina intravenosa o Amoxicilina por 2 a 6 meses¹. Doxiciclina, Clindamicina, Amoxicilina/Ácido Clavulánico y Ceftriaxona son alternativas (5).

Dado lo infrecuente de esta presentación, es necesario tenerla presente para evitar el diagnóstico erróneo de malignidad y sobretratamiento³.

Palabras claves: Actinomicosis, pseudotumor, uraco remanente.

Código Verificador: 20C4862C17

REFERENCIAS

(1) Huang Ch., Al-Essawi T.. (2013). Actinomycosis of the urinary bladder. Can Urol Assoc J , 7 (7-8), 502-504.

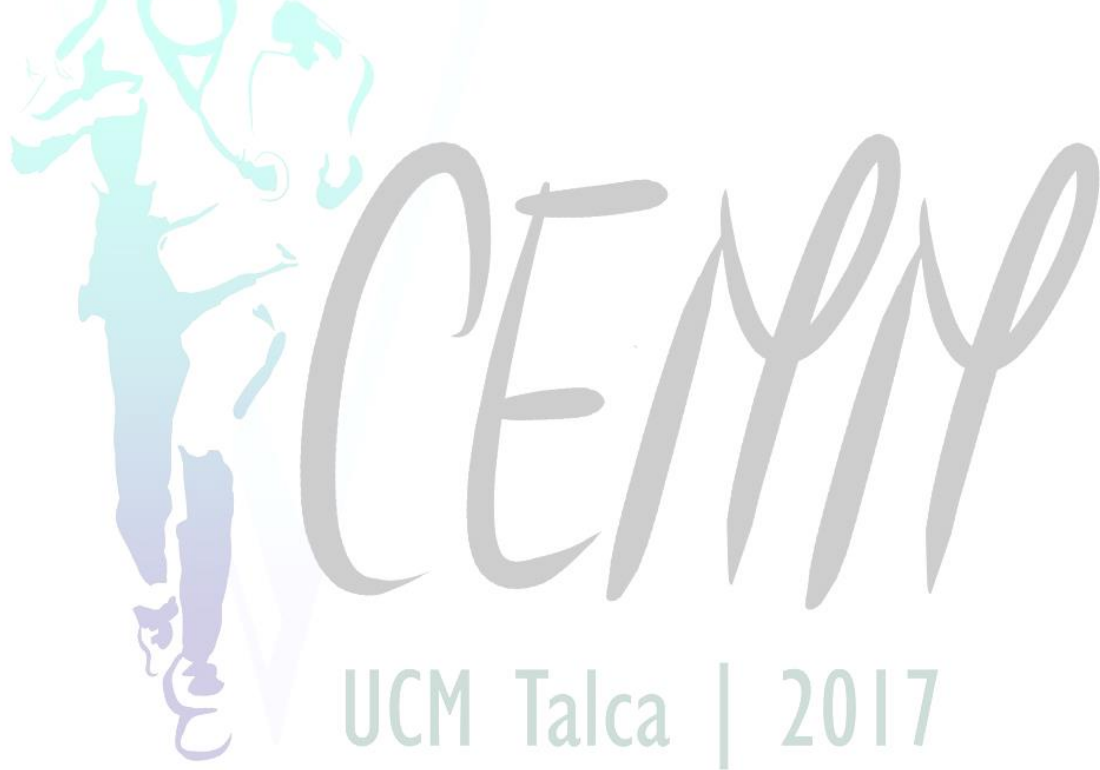
(2) Al-Kadhi S., Prasad Venkiteswaran K., Al-Ansari A., Shamsudini A., Al- Bozom I. y Salim Kiliyanni A.. (2007). Primary vesical actinomycosis: A case report and literature review. International Journal of Urology, 14, 969-971.

(3) Chaitra V., Rajalakshmi T., Mohanty S., Lahoti N., Arun G. Idiculla J. (2011) Actinomycosis in urachal remnants: A rare cause of pseudotumor. Indian J Urol. 2011 Oct-Dec; 27(4): 545–546.

(4) Darren Ow, Manya K, Wetherell D, Weerakoon M, KoonjBeharry B, et al. (2013) Bladder Actinomycosis: Mimicking Tumour. J Cytol Histol 4: 174

(5) Marella VK., Hakimian O., Wise GJ., Silver DA.(2004). Pelvic actinomycosis.

Urologic Perspective. International Braz. J. Urol. 30,: 367–376



1. Título del Caso Clínico:

MENINGIOMA INTRAÓSEO CON EXTENSIÓN ORBITARIA E INTRACRENANA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

2. Clase: Caso Clínico

3. Autores: René Núñez F¹, Marcelo Gómez R², Rocío Gómez V⁴, Alex Sabattin V³, Denise Tabak C⁴, Fernanda Campusano G⁴, Sebastián Peralta R³, Mauricio Santander A³.

4. Afiliación: ¹Médico Neuroradiólogo, Hospital clínico Universidad de Chile, Santiago. ²Médico Radiólogo, Hospital Salvador, Santiago. ³Interno Medicina Universidad de Santiago de Chile. ⁴Alumno Medicina Universidad de Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN: Los meningiomas son los tumores primarios intracráneos más comunes (15-20%). Se originan de células meningoteliales y se localizan habitualmente en hoz del cerebro, tienda del cerebelo y senos venosos. Meningiomas intraóseos son aquellos que crecen en el hueso, distintos de aquellos que se originan en la dura madre y que por extensión afectan hueso. Pueden ser osteoblásticos u osteolíticos, siendo estos últimos los más raros.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 46 años, sin antecedentes mórbidos. Historia de 8 meses de exoftalmo progresivo derecho sin alteraciones visuales, asociado a náuseas, mareos, tinnitus y cefalea matutina.

Al examen físico exoftalmo derecho, oculomovilidad sexto par derecho mínimamente alterada, resto normal.

Tomografía axial computada (TAC) muestra voluminosa lesión extraaxial centrada en el hueso, expansiva en fosa media y órbita ósea derecha, deshiscencia en sus límites óseos e importante extensión intracraneana frontotemporal. La resonancia además muestra un realce intenso y homogéneo con el contraste. Impresiona meningioma con componente intraóseo.

Se realiza tratamiento quirúrgico y biopsia que confirma diagnóstico de meningioma.

DISCUSIÓN: Los meningiomas intraóseos osteolíticos son bastante raros, se han descrito 17 casos en la literatura.

Los hallazgos en la resonancia son similares para meningioma intradurales e intraóseos osteoblásticos y osteolíticos: hipointensos en T1 e hiperintensos en T2; además de un marcado realce, generalmente homogéneo a la administración de contraste y no suelen presentar la típica cola dural. Se diferencian en el TAC ya que meningiomas osteolíticos provocan adelgazamiento del hueso, a diferencia de aquellos osteoblásticos que provocan engrosamiento del hueso, esclerosis e hiperostosis.

PALABRAS CLAVE: Meningioma, Meningioma intraóseo, Osteolítico.

Código Verificador: 20C1062C17

1. Título del Caso Clínico:

MIASTENIA NEONATAL TRANSITORIA: REPORTE DE UN CASO.

2. Clase: Caso clínico

3. Categoría: Pediatría

4. Autores: Geerar Apolonio Salas¹, Geraldine Aniotz Espina¹, Matías Aguilar Salgado¹, Bárbara Araneda González¹, Nalit Reny Almuna Fernandez².

5. Afiliación: ¹Universidad de Talca, Talca. ²Hospital Dr. Cesar Garavagno Burotto, Talca.

INTRODUCCIÓN: La Miastenia Gravis (MG) es una patología autoinmune que afecta la unión neuromuscular, en específico al receptor de acetilcolina (RACh). Clínicamente en recién nacidos (RN) se presenta como debilidad muscular, trastornos de la deglución y de la ventilación, es más frecuente en mujeres, y en aproximadamente 10 - 15% de ellas pueden traspasar los anticuerpos contra RACh al feto ocasionando dicha sintomatología.

PRESENTACIÓN DEL CASO: RN de término, hijo de madre miasténica que durante primeras horas presenta desaturaciones de hasta 50%, dado esto se hospitaliza en UCI neonatal evolucionando hipotónico, hipoactivo y con trastorno de succión-deglución. Según antecedente materno y cuadro se diagnostica síndrome miasténico (SM) iniciándose piridostigmina y estudio neurológico con ecografía cerebral y electroencefalograma reportados como normales. Se constata resolución parcial del cuadro sin mejoría del trastorno de succión-deglución por lo que dosis de piridostigmina incrementa hasta 3 miligramos alcanzando reactividad y tolerando régimen oral por lo que se decide alta.

DISCUSIÓN: Ante un RN con clínica de MG, existen dos posibilidades, que sea una forma transitoria o congénita. En el caso clínico referido, elementos orientadores fueron el antecedente materno y un hijo previo con miastenia neonatal transitoria (MNT). Resulta fundamental en dicho contexto el alto nivel de sospecha en base a los antecedentes, porque esta patología varía desde formas leves a graves que pueden comprometer la vida del RN. Un diagnóstico y tratamiento oportuno otorgan buen pronóstico, siendo necesario controlar y verificar la respuesta al tratamiento, una mala respuesta al mismo o una prolongación del cuadro orientan a un SM congénito.

Palabras clave: Embarazo, Manifestaciones Neuromusculares, Miastenia Gravis Neonatal.

Código Verificador: 20C4189CC17

1. Título del Caso Clínico:
MUERTE SÚBITA RECUPERADA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME QT PROLONGADO: REPORTE DE UN CASO
2. CLASE: Caso clínico
3. CATEGORÍA: Pediatría
4. Autores: Raimundo Domínguez Argomedo¹, Diego Barrueto Catalán¹, Ingrid Kraudy Klenner¹, Macarena Campos Sánchez¹, Pedro Morales Cáceres¹, Cristián Verdugo Orellana², Eduardo Jerez Arellano³.
5. Afiliación:¹ *Universidad Diego Portales, Facultad de Medicina.* ² *Universidad Católica del Maule, Facultad de Medicina.* ³ *Médico Pediatra-Broncopulmonar, Universidad de Chile, Clínica Bicentenario.*

INTRODUCCIÓN: El síndrome QT prolongado (SQTP) es un trastorno de la conducción genético o adquirido que se caracteriza por anomalías en los canales iónicos, que determina una repolarización ventricular prolongada. Esta condición favorece la aparición de arritmias y muerte súbita. Da cuenta de aproximadamente el 30% de la muerte súbita infantil y generalmente su diagnóstico es tardío.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente sexo masculino 13 años, sin antecedentes mórbidos, durante estancia en recinto educacional presenta cuadro de instalación brusca de pérdida de conciencia y cese de la respiración. Evaluado por profesor a cargo, identifica paro cardiorespiratorio (PCR), activa cadena de emergencia e inicia reanimación cardiopulmonar (RCP). Acude SAMU al colegio, inicia RCP avanzado, e identifica ritmo desfibrilable a 12 minutos del inicio del PCR. Se administra primera descarga y paciente revierte a ritmo sinusal. Es llevado a hospital más cercano para manejo de síndrome post paro. Se realiza electrocardiograma que muestra un intervalo QT prolongado, por lo cual se plantea el diagnóstico de SQTP como causa de PCR y se decide instalar desfibrilador automático implantable (DAI), sin incidentes. Paciente evoluciona favorablemente.

DISCUSIÓN: El SQTP es una patología de baja frecuencia y de difícil diagnóstico, dado que la mayoría de los pacientes son asintomáticos. El electrocardiograma es de suma importancia para el diagnóstico, siendo característico una prolongación del intervalo QT. El manejo generalmente requiere de la instalación de un DAI. Dada la dificultad en pesquisar este tipo de patologías, creemos fundamental la enseñanza de maniobras de RCP en la población general.

PALABRAS CLAVES: Síndrome QT prolongado, muerte súbita, canalopatías.

Código Verificador: 20C1497C17



1. Título del Caso Clínico:
PENFIGO VULGAR SEVERO, A PROPOSITO DE UN CASO.

2. Clase: Caso Clínico

3. Categoría: Dermatología

4. Autores: Carla Espinoza Belmonte¹. Maritza Maza Cabrera¹

5. Tutor: Washington Navarrete Muñoz²

6. Afiliación: ¹Interna de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán (HCHM), Chillán, Chile. ²Médico Dermatólogo, Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, Chillán, Chile.

INTRODUCCIÓN: El pénfigo es una enfermedad ampollar autoinmune que compromete piel y mucosas, causada por autoanticuerpos contra antígenos de la superficie de los queratinocitos causando acantólisis. El Pénfigo vulgar (PV) es la variante más frecuente (70-90%), con compromiso epidérmico profundo, inicia con úlceras orales dolorosas y posterior compromiso cutáneo en cuero cabelludo, cara y tórax superior. La piedra angular del tratamiento del PV son los corticoides vía oral o intravenosa en pulsos.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente sexo masculino, 44 años, con antecedente de PV, con estudio histopatológico compatible, de 5 meses de evolución, con compromiso de cara y tronco de manera difusa, en corticoterapia vía oral ambulatoria con mala respuesta, evoluciona con gran aumento de extensión de lesiones por lo que es derivado a HCHM. Al ingreso se constatan lesiones exfoliativas que abarcan el 80% de superficie corporal total, respetando piel, manos y mucosa oral, signo Nikolsky esbozado en extremidades inferiores, se decide hospitalización e inicio de Prednisona 100 mg/día con reposición de volumen, con regular respuesta por lo que en su cuarto día de hospitalización se añade Azatioprina 1mg/kg/día. Evoluciona lenta pero satisfactoriamente, con aumento proporcional de recambio epidérmico generalizado, no observándose sitios de supuración ni hemorragia, en controles con dermatología, en espera resultados enzima tiopurina metiltransferasa para ajuste terapia inmunosupresora.

DISCUSIÓN: El PV activo, en sus formas más severas, presenta signo Nikolsky positivo en piel sana y perilesional. El enfoque inicial de PV consiste en un tratamiento glucocorticoide sistémico, que a menudo se administra con un inmunosupresor no esteroideal adyuvante, como la azatioprina.

Palabras Clave: Pénfigo Vulgar – Corticoides – Azatioprina – Nikolsky

Código Verificador: 20C5296C17

1. Título del Caso Clínico:

RECURRENCIA DE VARICELA EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE UN CASO.

2. Clase: Caso Clínico (CC)

3. Categoría: Urgencias y Medicina

4. Autores: Ignacio Greig Arellano¹, Tomás Goycoolea Barrera¹, José Gonzalez Smtih¹, Rocio Oportu Salgado², Carolina Chaparro Hernández²

5. Tutor: Carolina Chaparro Hernández²

6. Afiliación: ¹ Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción. ² Médico EDF, Centro de Saldu Familiar Bellavista, Tomé.

INTRODUCCIÓN: La varicela es la manifestación de la primoinfección del virus varicela zóster (VVZ), su recurrencia se presenta como herpes zóster. Es poco habitual que se presente un segundo episodio de varicela en individuos inmunocompetentes. En la literatura hay escasos reportes de casos.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 27 años, enfermera, sin enfermedades crónicas, con antecedente de varicela diagnosticada por pediatra en la niñez; luego de dos semanas de sufrir exposición a paciente con varicela, presentó cuadro de odinofagia, adenopatías cervicales inflamatorias, fiebre de 2 días de evolución, precedidas de compromiso del estado general. Al examen físico destacó amígdalas hiperémicas, aumentadas de tamaño, sin pus; se inició tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios. Luego de 6 horas evolucionó con lesiones pápulo-vesiculares en abdomen, tronco y extremidades superiores. Se solicita reacción polimerasa en cadena transcripción reversa para VVZ (PCR-RT) con resultado positivo. Se realiza tratamiento con Aciclovir con resolución del cuadro al quinto día.

DISCUSIÓN: Los segundos episodios de varicela en pacientes inmunocompetentes son poco frecuentes; sin embargo, desde la aparición de la vacuna contra el VVZ ha presentado un aumento en el porcentaje describiéndose hasta 13.3%, no obstante ningún caso descrito había sido vacunado. En un 45% de los casos existe historia en la familia de reinfecciones por VVZ. Se debe mantener alta sospecha en todo profesional de salud con cuadro clínico acorde e historia de exposición. El PCR-RT cualitativo para virus varicela zoster es útil para obtener la confirmación diagnóstica. Al igual que en la primoinfección el tratamiento se realiza con Aciclovir o Valaciclovir.

Palabras clave: virus de la varicela, varicela, recurrencia.

Código Verificador: 20C5087C17

1. Título del Caso Clínico:
SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA COMO COMPLICACIÓN RESPIRATORIA INFRECUENTE EN FRACTURA TIBIOPERONEA, A PROPÓSITO DE UN CASO.
2. Clase: Caso clínico.
3. Categoría: Traumatología.
4. Autores: Diego Garrido Ibáñez ⁽¹⁾, Álvaro Pérez Cabezas ⁽¹⁾, Luciano Fuentealba Castillo ⁽¹⁾, Hernán Quintana Ibacache ⁽²⁾.
5. Tutor: Francisco Higuera Vielma ⁽³⁾.
6. Afiliación: ¹Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán. ²Alumno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción. ³Traumatólogo, Servicio de Traumatología, Hospital Herminda Martín, Chillán.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de embolia grasa (SEG) es una complicación potencialmente grave en pacientes con fracturas esqueléticas. Sigue siendo un desafío diagnóstico, ya que el reconocimiento temprano es fundamental para iniciar precozmente la terapia de apoyo. La incidencia del SEG postraumático alcanza un porcentaje bajo pero variable entre 0,2 y 35%. El amplio rango refleja la heterogeneidad de la población de estudio y la falta de estandarización de los criterios diagnósticos.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente sexo masculino de 25 años, sin antecedentes mórbidos. Tras sufrir accidente deportivo, resulta con fractura tibioperonea derecha. Se hospitaliza para resolución quirúrgica, evolucionando a las 24 horas de su ingreso con dificultad respiratoria, desaturación, y cefalea. Se solicita AngioTAC de Tórax que descarta tromboembolismo pulmonar, pero evidencia imagen en vidrio esmerilado en ambos campos pulmonares. Posteriormente cursa con exantema petequeal en brazos, tórax y abdomen. Por clínica compatible con SEG, se inicia manejo de apoyo y uso de metilprednisolona endovenosa durante 3 días con evolución clínica favorable, logrando ingresar posteriormente a pabellón para reducción y osteosíntesis.

DISCUSIÓN: Actualmente no existe un tratamiento definitivo para el SEG. La terapia es en gran medida de apoyo, mientras éste se resuelve espontáneamente. La corrección temprana de las fracturas podría prevenir un SEG, sin embargo se desconoce si esta estrategia funciona como tratamiento para aquellos pacientes con SEG establecido. La administración de corticosteroides sistémicos es controvertida, aunque existe evidencia que señala que su uso se basa en su efecto antiinflamatorio e impacto en la disminución de la morbimortalidad asociada.

Palabras Clave: Embolia grasa, Fracturas óseas, Corticosteroides

· Código Verificador: 20C3185C17

1. Título del Caso Clínico:
SÍNDROME DE TORAX AGUDO Y ANEMIA FALCIFORME. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.
2. Clase: Caso clínico (CC)
3. Categoría: Medicina interna
4. Autores: Pablo Rodríguez Fuentes (1); Camila Pérez Pinto (1); Matías Moran Villena (1); Cristián Figueroa Hernández (1); Camilo Sánchez González (1); Gabriel Sánchez González (1)
5. Tutor: José Francisco Riveras (2)
6. Afiliación: (1) Universidad de Talca, Talca (2) Médico cirujano especialidad medicina interna, Hospital San Juan de Dios, Curicó

INTRODUCCIÓN: Anemia falciforme es una anemia hemolítica intravascular, producto de alteración genética de la hemoglobina. Además de la presentación crónica de la patología, se puede presentar de manera aguda frente a factores precipitantes como hipoxia, infecciones, frío, entre otras. A continuación se presenta caso de Síndrome de Tórax Agudo (STA) de paciente Haitiana púerpera de 1 mes.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 27 años con antecedentes de Anemia Falciforme, púerpera de 1 mes de cesárea de urgencia. Consulta en urgencias por dolor torácico de 5 días de evolución asociado a fiebre. Se toman exámenes donde se observa leucocitos: 18.200 hemoglobina: 5,8 gr/dL. Tomografía computarizada (TAC) de tórax informa derrame pleural derecho, opacidades atelectásicas en base pulmonar derecha y cardiomegalia sin signos de condensación. Se realiza hospitalización domiciliaria con antibiótico endovenoso. Paciente con evolución tórpida, al quinto día inicia dolor de tope inspiratorio izquierdo, sospechando una complicación de neumonía se decide derivar a urgencias. Se toma radiografía de tórax observándose infiltrado algodonoso bibasal, cardiomegalia y derrame pleural izquierdo. TAC control con resolución derrame derecho, aparición de derrame izquierdo y consolidación izquierda. Se sospecha STA suspendiéndose antibioticoterapia, evolucionando afebril, con disminución de parámetros inflamatorios y clínica respiratoria.

DISCUSIÓN: El STA se enmarca dentro de las complicaciones agudas de la anemia falciforme, lo que adquiere importancia por el cambio demográfico con la llegada de raza afroamericana. Es un desafío clínico el realizar el diagnóstico diferencial con el resto de enfermedades respiratorias más habituales en nuestro medio, siendo en STA un diagnóstico de descarte.

Palabras clave: *Anemia de Células Falciformes, Rasgo Drepanocítico, Tórax*

Código Verificador: 20C3319C17

1. Título del Caso Clínico:
SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE EN ATENCIÓN PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO.
2. Clase: Caso Clínico
3. Autores: Natalia Pino Figueroa¹, Alejandra Quiroz Pradenas¹, Paula Cáceres Santibañez¹, Katherine Rebolledo Stegmann¹, Matías Arteaga P².
4. Afiliación:¹ Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán. ² Médico Internista, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Servicio Medicina Interna Hospital Benicio Arzola M, San Carlos.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) es una anomalía cardíaca congénita que afecta a un 0,1-3 % de la población general. Se diagnostica con historia clínica de palpitaciones y preexcitación en el electrocardiograma (ECG). La presentación clínica habitual son episodios de taquiarritmias como taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) o fibrilación auricular (FA) paroxística. Los pacientes portadores de esta anomalía tienen una alta probabilidad de sufrir muerte súbita (MS).

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente hombre, 39 años, sano, con historia de larga data de palpitaciones episódicas de minutos de duración, sin desencadenante claro. Sin consultas previas para estudio. Consulta en atención primaria por cuadro de palpitaciones que iniciaron en reposo, asociadas a dolor torácico intenso. Se le realiza ECG identificándose TPSV que evoluciona a FA preexcitada con respuesta ventricular rápida (RVR) de complejo QRS ancho. Se realiza cardioversión eléctrica con 100J. En ECG post cardioversión se documentan ondas delta en derivaciones precordiales, compatibles con síndrome de WPW. Posteriormente se deriva para estudio electrofisiológico y ablación.

DISCUSIÓN: El síndrome de WPW es una patología relativamente infrecuente con alto riesgo de MS, especialmente en pacientes sintomáticos que presentan FA preexcitada con RVR, como el caso reportado. Es importante la sospecha diagnóstica por el médico general en atención primaria, considerando para esto primordialmente la clínica del paciente, ya que las alteraciones del ECG pueden no ser características. Y así realizar una derivación oportuna para tratamiento definitivo, con lo que se logra disminuir el riesgo de MS.

PALABRAS CLAVE: Fibrilación auricular, muerte súbita, síndrome de Wolff- Parkinson-White.

Código Verificador: 20C3184C17

1. Título del Caso Clínico:

SÍNDROME RIÑÓN-PULMÓN SECUNDARIO A VASCULITIS ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS P POSITIVO: REPORTE DE UN CASO.

2. Clase: Caso Clínico (CC)

3. Categoría: Medicina Interna

4. Autores: Gastón Pérez Parraguez¹, Ignacio Flores Soto², Sebastián Campos Benavente³.

5. Afiliación: ¹⁻² Internos de Medicina, Universidad de Santiago de Chile (USACH). ³ Residente Medicina Interna, Hospital Barros Luco – Trudeau.

Introducción: El síndrome riñón-pulmón (SRP) es la coexistencia de hemorragia alveolar difusa (HAD) y glomerulonefritis (GN). Sus etiologías más frecuentes corresponden a las vasculitis ANCA positivas y al síndrome de Goodpasture.

Caso Clínico: Femenino 64 años con antecedente de arritmia no precisada, consulta por cuadro agudo de dolor epigástrico, hematemesis y compromiso del estado general. Al examen físico hemodinamia estable, crépitos bilaterales difusos, requiriendo oxígeno, afebril.

Exámenes complementarios destaca creatinina 24.5 mg/dL, BUN 254, potasio 5,6 mEq/L, hemoglobina 6,8 mg/dL, leucocitos 14.600 cel/ μ L, plaquetas 54.000/ μ L, VHS 17, radiografía de tórax congestiva, y endoscopia digestiva alta gastropatía crónica atrófica. Se maneja con nitroglicerina y furosemida endovenosa, con regular evolución, compromiso de conciencia y persistencia de sangrado requiriendo uso de noradrenalina, intubación orotraqueal conectado a ventilación mecánica, transfusión de glóbulos rojos y hemodiálisis.

Estudio de control radiografía de tórax compromiso alveolar en alas de mariposa, orina completa glomerular, se plantea SRP. Fibrobroncoscopía muestra HAD, por lo que se solicitan anticuerpos y se inician bolos de metilprednisolona con prednisona 1 mg/kg/día post bolos.

Episodios de hemorragia pulmonar disminuyen, pero mantiene anuria y compromiso respiratorio. Se informa ANCA-P +, y dada evolución se decide plasmaféresis, con lo que mejora clínica respiratoria, se logra *weaning*, aumento débito urinario con creatinina 2,12 mg/dL y electrolitos normales.

Discusión: El SRP tiene mal pronóstico pudiendo llevar a un rápido deterioro clínico. Su diagnóstico es clínico, radiológico, de laboratorio e histológico. Su rápido reconocimiento permite iniciar su terapia a tiempo, esencialmente inmunosupresora, disminuyendo mortalidad por HAD y evitando pérdida de función renal.

Palabras claves: vasculitis, anticuerpos citoplasmáticos antineutrofilo, poliangeítis microscópica.

Código Verificador: 20C9762C17

1. Título del Caso Clínico:

TENOSINOVITIS SÉPTICA FLEXORA: REPORTE DE UN CASO.

2. Clase: Caso Clínico

3. Autores: Andrea Alvaay Ramírez ⁽¹⁾, Diego Muñoz Cabrera ⁽¹⁾, Ana Muñoz Cornejo ⁽¹⁾, Francisco Reyes Urra ⁽¹⁾, María Elena Acevedo Pavés ⁽¹⁾, Jaime Espinoza Valdés ⁽²⁾

4. Afiliación: ¹Universidad de Talca, Hospital Base de Curicó, Chile. ² Traumatologo, Hospital Base de Curicó, Chile.

INTRODUCCIÓN: La Tenosinovitis Séptica Flexora (TSF) es una infección bacteriana de la vaina de los tendones flexores de la mano. Es una entidad infrecuente, representando un reto diagnóstico por su escasa sintomatología, manifestándose generalmente cuando el pronóstico es ominoso.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 38 años, masculino, Pre-Diabético, consulta en CESFAM por herida cortante hace una semana en pulgar izquierdo que evoluciona con aumento de volumen de dedo medio izquierdo, se indica tratamiento antibiótico. Sintomatología persiste agregándose aumento de volumen del dorso de la mano, eritema, calor local e incapacidad de flexionar dedo medio, por lo que consulta en nuestro centro, se hospitaliza como celulitis e inicia tratamiento antibiótico endovenoso. Clínica persiste, es evaluado por traumatólogo, quien pesquisa signos de Kanavel, se realiza aseo quirúrgico, evolucionando de manera satisfactoria.

DISCUSIÓN: La vaina de los tendones flexores al infectarse genera comunicaciones con otras vainas, justificando TSF de dedo medio. Los microorganismos más frecuentes son *Staphylococcus Aureus* y *Streptococcus*. La consideración de los signos de Kanavel en el diagnóstico de TSF es importante, más no excluyente, se debe tener presente la historia, factores de riesgo y clínica. Los principales factores de riesgo son: edad, presencia de comorbilidades, purulencia subcutánea, isquemia digital, entre otros. El tratamiento antibiótico se plantea en caso de haber transcurrido menos de 48 horas desde la inoculación, este debe realizarse hospitalizado y con control seriado de exámenes. De haber transcurrido más de 48 horas es mandatorio el tratamiento quirúrgico, el cual determinara la clasificación de severidad de Michon.

Palabras clave: Signos Kanavel, Tenosinovitis Flexora, Tratamiento.

Codigo Verificador: 20C7957C17

1. Título del Caso Clínico:
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA SECUNDARIA A DESGARRO MIOFRIBILAR DE GASTROCNEMIO MEDIAL IZQUIERDO, REPORTE DE UN CASO.
2. Clase: Caso Clínico
3. Categoría: Medicina Interna.
4. Autores: Carla Espinoza Belmonte¹ Maritza Maza Cabrera¹
5. Tutor: Mauricio Maturana Rojas²
6. Afiliación: ¹Interna de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán (HCHM), Chillán, Chile. ²Médico Internista, Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, Chillán, Chile.

INTRODUCCIÓN: El desgarro del músculo gastrocnemio medial es una lesión muy dolorosa debida a una contracción brusca y estiramiento pasivo. Una de las complicaciones descritas en la literatura es la trombosis venosa profunda (TVP), poco frecuente, provocada por el edema y/o hematoma de la lesión que genera compresión a nivel del sistema venoso. Para su estudio es necesario un examen físico minucioso, score de TVP (Score de Wells) y de elección estudio ecográfico.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente sexo masculino, 52 años de edad, sufre caída de altura, 1 metro aproximadamente, con descarga en extremidad inferior izquierda (EII), evolucionando con dolor en pierna izquierda (PI) con mala respuesta a antiinflamatorios vía oral, en su sexto día de evolución destaca aumento de volumen e induración de PI por lo que consulta en servicio de urgencia, al examen físico destaca discreto aumento de PI con respecto a la derecha, dolor a la palpación de tercio medio gastrocnemio medial izquierdo (GMI), signo de Homans esbozado. Por sospecha rotura GMI, se solicita evaluación ecográfica que informa desgarro miofibrilar del GMI con contenido hemático, y asociado a este TVP de tibiales posterior y peroneas izquierdas. Por lo que se decide anticoagulación con enoxaparina, antiinflamatorios y medidas locales, con control ecográfico en 2 semanas.

DISCUSIÓN: La TVP secundaria a un desgarro miofibrilar es poco frecuente, el examen de elección es la ecografía del sistema venoso profundo de la pierna, que puede conducir a un tratamiento temprano de esta patología, evitando así también una insuficiencia venosa crónica.

Palabras Clave: Trombosis venosa profunda – desgarro miofibrilar – Gastrocnemio medial – Ecografía

Código Verificador: 20C4578C17

1. Título del caso clínico:
TUBERCULOSIS RENAL: REPORTE DE UN CASO
2. Clase: Caso Clínico (CC)
3. Categoría: Urgencias y Medicina
4. Autores: Ignacio Toledo Zúñiga¹ Marcela Cossio Lagos¹ Paz Allende Medrano¹
5. Tutores: Francisco Muñoz Ortiz^{1,2}
6. Afiliación: ¹Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca. ²Médico internista. Hospital Regional de Talca, Talca.

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis presenta en Chile una incidencia de 13 por 100.000 habitantes. Un 20% corresponde a tuberculosis extrapulmonar, siendo la pleural y ganglionar las más frecuentes. Más atrás viene la tuberculosis renal, de escasa prevalencia hoy en día.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenina de 41 años, sin antecedentes mórbidos. Refiere cuadro de 10 meses de disuria, polaquiuria, dolor lumbar bilateral tipo cólico, asociado a nicturia. Se le realiza tomografía de abdomen y pelvis que informa dilatación pielocaliciaria derecha, engrosamiento parietal en pelvis y vejiga, y adenopatías retroperitoneales. Dicho resultado es evaluado por urología, solicitando baciloscopía en orina con resultado positivo. Sin embargo, cultivos para tuberculosis son negativos. Evaluada posteriormente en atención primaria se solicitan exámenes en que destaca creatinina 2.61, nitrógeno ureico 32.7, filtración glomerular menor a 20, por lo cual se hospitaliza en contexto de falla renal aguda. Durante hospitalización se rescatan cultivos previos, que resultan positivos, constatándose falso negativo anterior. En tal escenario, se inicia terapia antituberculosa con esquema diario de isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Luego trisemanal con isoniacida y rifampicina ajustados por función renal.

DISCUSIÓN: El diagnóstico de tuberculosis renal debe ser sospechado en pacientes con síntomas urinarios de etiología no precisada, especialmente si están en grupos de riesgo como inmunodeprimidos, extranjeros, etc. Llama poderosamente la atención que la paciente del caso no era portadora de ningún factor de riesgo.

En relación al manejo, la baciloscopía positiva en orina no constituye diagnóstico de Tuberculosis, siendo de vital importancia un cultivo positivo para poder iniciar terapia.

Palabras claves: Tuberculosis Renal, Tuberculosis, Mycobacterium Tuberculosis

Código Verificador: 20C5401C17

1. Título del Caso Clínico:

Ulceración crónica del 5to Metatarsiano post fractura de antepie tratada en joven con pie varo. A propósito de un caso.

2. Clase: Caso Clínico.

3. Categoría: Traumatología – Cirugía

4. Autores: Pérez A.¹, Torres C.¹ Dr. Valdivia J. ², Mesa C.¹, Dra. Rojas C.².

5. Tutores: Dr. Jorge Valdivia Muñoz²

6. Afiliación: 1 Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule. 2 Medico Cirujano, EDF APS Cauquenes.

INTRODUCCIÓN: Una úlcera es un sitio inflamado, donde la superficie epitelial se necrosa y erosiona. En lesiones crónicas, sometidas a agresiones repetidas, el área que rodea la úlcera desarrolla proliferación fibroblástica, cicatrización y acumulación de células inflamatorias. (1)

PRESENTACIÓN DE CASO: Mujer, 30 años, con pie varo y antecedente de fractura de antepie izquierdo tratada, cursa con úlcera en cara lateral de éste, de 5 meses, asociado a dolor e impotencia funcional. Al examen físico presenta úlcera de 5 cm de diámetro en base de 5° metatarsiano izquierdo, con secreción de pus y eritema. Completa 10 días con cloxacilina más curaciones, con respuesta parcial. Posteriormente se agrega Amoxicilina/Ac.Clavulanico por 7 días, logrando remisión completa. Reconsulta al año por reaparición de úlcera en misma localización. Al examen físico presenta úlcera de 1 cm de diámetro, eritematosa, abundante pus y necrosis. Se deriva a hospital por sospecha de osteomielitis crónica. Se toma ecografía que muestra colección organizada y vasos sanguíneos y se sugiere descartar osteomielitis secundaria. Se toma RM que muestra edema subcutáneo de aspecto inflamatorio y probable celulitis, asociado a reacción fibrosa con pequeña cantidad de líquido en su interior sospechando absceso en resolución. Se realiza exploración quirúrgica y aseo, se visualiza tumor no vascularizado adiposo no infiltrativo con necrosis caseosa, se toma biopsia que muestra tejido conectivo fibroadiposo, con inflamación crónica, y fibrosis de tipo cicatrizal.

DISCUSIÓN: Toda úlcera cutánea crónica es susceptible de infectarse de no realizar un abordaje diagnóstico y terapéutico precoz. Su manejo debe combinar medidas terapéuticas con procedimientos diagnósticos, según sospecha clínica (2).

Palabras Claves: Úlcera por presión, pie varo y fractura.

Código Verificador: 20C5397C17

Referencias:

(1) Mitchell R.N., Cotran R. V. (2003). Acute and chronic inflammation. In Kumar V., Cotran R. S., Robbins S. Basic pathology (7th ed., pp. 61-59). Philadelphia: W. B. Saunders.

(2) Reddy M, Gill SS, Kalkar SR, Wu W, Anderson PJ, Rochon, PA. Treatment of Pressure Ulcers. JAMA. 2008;300:2647-62.

1. Título del Caso Clínico:
USO INADECUADO DE CARBÓN ACTIVADO EN PACIENTE COMPROMETIDA DE CONCIENCIA, EN RELACIÓN A UN CASO CLÍNICO.
2. Clase: Caso Clínico
3. Categoría Temática: Urgencia
4. Autores: María Gómez Z.¹ Cedrik Gálvez L.¹ Sergio Arias F.¹ Josefa Lathrop G.¹ Carla Toso Pérez.¹ Felipe Aravena F.¹
5. Tutores: Maria Eugenia Iroldi S.² Lorena Buele G.²
6. Afiliación: ¹Interno de Medicina Universidad de Chile. ² Medico Urgenciólogo, Universidad de Chile-Universidad San Sebastian, Hospital San Juan de Dios.

INTRODUCCIÓN: El manejo con carbón activado (CA) se ha realizado clásicamente frente a ingesta de un elemento potencialmente nocivo, pero no hay evidencia de su efectividad en todos los escenarios y no modifica la mortalidad. Existe morbilidad asociada debido a aspiración del CA, sobre todo en pacientes comprometidos de conciencia, provocando neumonitis química. La mortalidad por intoxicación es menor al 1% de todos los casos.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Femenino 22 años, sana. Es encontrada por madre con cable eléctrico atado al cuello y comprometida de conciencia, con evidencia de ingesta de medicamentos en cantidad indeterminada disponibles en domicilio (sertralina, zopiclona, alprazolam, pregabalina, losartán, hidroclorotiazida, metformina e insulina, usado por la madre), con intención presumiblemente suicida. Familia refiere el antecedente de estrés emocional. Ingresa al servicio de urgencias soporosa, responde a estímulos dolorosos con movimientos de evitación, sin apertura ocular ni respuesta verbal. Durante hospitalización se maneja con lavado gástrico, evidenciando restos de fármacos, se administra flumazenil y CA (1 dosis). Por deterioro del nivel de conciencia se realiza intubación orotraqueal y se conecta a VMI. Se realiza radiografía de tórax sin alteración. Paciente extubada a las horas por mejoría del nivel de conciencia.

DISCUSIÓN: Llama la atención que el uso de CA formó parte de las primeras medidas para el manejo de intoxicación, siendo administrado por vía enteral, sin protección de vía aérea. Además esta paciente habría recibido CA con horario, que luego fue suspendido. Se hace necesario la difusión de los manejos de intoxicación medicamentosa, a fin de disminuir y/o prevenir la morbilidad asociada.

Palabras Claves: Carbón Orgánico, Trastornos de la conciencia, Intento de Suicidio.

Código Verificador: 20C5560C17

1. Título del Trabajo Científico:
DESCRIPCIÓN DE DATOS MICROBIOLÓGICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE UROCULTIVOS OBTENIDOS EN CONSULTORIOS DE SANTIAGO, DESDE ABRIL 2016 HASTA MAYO 2017.
2. Clase: Trabajo de Investigación (TI)
3. Categoría: Infectología
4. Autores: Isadora Iglesias Honorato¹. Amanda Wosiack Menin¹. Natalia Alvarado Alvarez¹. Andrea Contreras Alfaro¹. Paulina Sáez Venegas¹. Luciano Hurtado Peña¹.
5. Tutores: Jorge Isla Villanueva².
6. Afiliación: 1. Interno de Medicina Universidad de Santiago de Chile, Centro de Salud Familiar Dr. Julio Acuña Pinzón; Centro de Salud Familiar Clara Estrella. 2. Médico cirujano, Medicina General, Campus Hospital San José, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN: La resistencia antibiótica es un problema central en la medicina moderna, siendo de gran importancia obtener información actualizada respecto a cepas resistentes a antibióticos de uso habitual en infecciones del tracto urinario (ITU).

OBJETIVO: Analizar y describir la susceptibilidad y resistencia antibiótica de los principales microorganismos aislados en muestras de urocultivo en consultorios de Santiago entre abril 2016 hasta mayo 2017.

MÉTODO: Creación de base de datos microbiológicos y epidemiológicos de urocultivos obtenidos en consultorios de la comuna Lo Espejo durante 13 meses. Se analizan datos de 1915 muestras y se consideran positivas a las que desarrollaron >100.000 Unidades Formadoras de Colonias(UFC)/ml. De las muestras positivas, se analizó agente y antibiograma respectivo que identifica sensibilidad y resistencia de forma cualitativa. Los datos se analizaron mediante Excel.

RESULTADOS: De las muestras, 444 fueron positivas (301 pertenecen a mujeres, 41 a hombres y 102 sin especificar sexo). Los microorganismos más aislados fueron Escherichia Coli en 343 muestras (77,25%), Klebsiella pneumoniae en 36 muestras (8,11%) y Enterococcus en 10 muestras (2,26%). En relación a los antibiogramas; E. coli tuvo sensibilidad a Nitrofurantoina en el 84,2%, Ciprofloxacino en el 61,5% y Cefotaxima en el 91,5%.

DISCUSIÓN: Con este estudio identificamos los principales microorganismos involucrados en los urocultivos ambulatorios y además analizamos las tendencias a resistencia antibiótica. En relación a Escherichia Coli observamos que la prevalencia se correlaciona con datos encontrados en la literatura nacional, 77% y 75-95% respectivamente. La susceptibilidad a los antibióticos empleados en la práctica clínica se mantiene, principalmente en relación a Nitrofurantoína (84%).

PALABRAS CLAVES: *Infección del tracto urinario, antibiograma, Escherichia coli.*

Código Verificador: 20T8127117



1. Título del Trabajo de Investigación:
EMPIEMA EN ADULTOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA DURANTE LOS AÑOS 2004 A 2008: UNA MIRADA A LOS RESULTADOS.
2. CLASE: Trabajo de Investigación/ Estudio Descriptivo Transversal
3. Categoría: Cirugía Toráx
4. Autores: Daniel Meneses Veisaga¹ Claudio Jorquera Arredondo¹ Nikoll Torres
5. Navarrete¹ Loreto Lara Perez¹
6. Tutores: Lorena Perez Sotomayor.²
7. Afiliación: ¹ Universidad Católica del Maule. ² Cirujano de Tórax. Universidad Católica del Maule, Hospital Regional de Talca.

INTRODUCCIÓN: Empiema pleural se define como la presencia de líquido de origen infeccioso en el espacio pleural (1). La neumonía es la causa más frecuente del cuadro (70%) (2), siendo *Staphylococcus Aureus* el agente más común (3).

Objetivo de este trabajo es analizar la experiencia en manejo de empiema pleural en adultos del Hospital Regional de Talca entre los años 2004 y 2008.

MATERIALES Y MÉTODO: Se realizó un estudio retrospectivo observacional sobre casos de empiema en adultos en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Talca entre los años 2004 - 2008. Mediante la revisión de fichas clínicas, se definió caso en base al diagnóstico registrado en la ficha clínica y adulto como toda persona mayor de 15 años. En relación con los datos del paciente, se incluyó la edad, género y comorbilidades. Además, se registró la etiología, la lateralidad, los síntomas e imágenes, y parámetros bioquímicos del líquido pleural. Finalmente, se revisaron las formas de abordaje quirúrgico y sus complicaciones.

DISCUSIÓN: Se aprecian resultados similares a los obtenidos en trabajos previos (4-5): la etiología más frecuente es la neumonía y el microorganismo más común es el *Staphylococcus Aureus*. En cuanto a las complicaciones quirúrgicas, la mayoría de los pacientes no las presentó. Siendo lo más frecuente el shock séptico y la neuritis intercostal. La mortalidad fue de 3,1%, similar a lo descrito en la literatura (5).

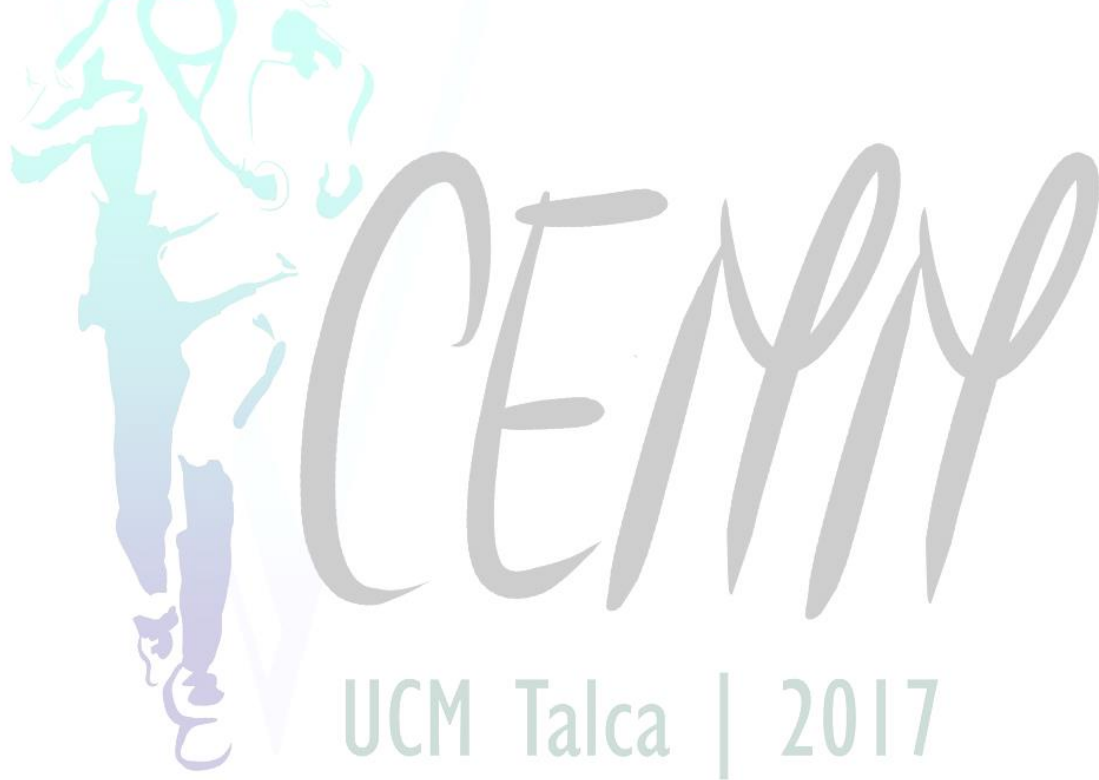
Con respecto a las intervenciones, el primer procedimiento fue la Pleurostomía. Como intervención definitiva, la toracotomía es la opción más utilizada, por su mayor resolutivez ante complicaciones.

PALABRAS CLAVES: Empiema pleural, toracotomía, pleurostomía.

Código Verificador: 20T2624I17

REFERENCIAS

- (1) Magovern C, Rusch V. Parapneumonic and posttraumatic pleural space infections. Chest Surg Clin N Am 1994; 4: 561-582.
- (2) Strange C, Sahn SA. The definition and epidemiology of pleural space infections. Semin Respir Infec 1999; 14:3-8.
- (3) Maskell NA, Davies CW, Nunn AJ, et al. U.K. Controlled trial of intrapleural streptokinase for pleural infection. N Engl J Med 2005;352:865-74.
- (4) González R, et al. Empiema pleural en 343 casos con tratamiento quirúrgico: características, resultados inmediatos y factores asociados a morbilidad y mortalidad. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 64 - Nº 1, Febrero 2012; pág. 32-39.
- (5) Salguero J, Cardemil G, Molina JC, Lembach H, Fernández J. Empiema Pleural: Etiología, tratamiento y complicaciones. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 61 - Nº 3, Junio 2009; pág. 223-228.



1. Título del Trabajo de Investigación:
FRECUENCIA DE FUGAS DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIA EN EL HOSPITAL COMUNITARIO DE TIL TIL ENTRE AGOSTO 2016 Y AGOSTO 2017.
2. Clase: Trabajo de Investigación (TI)
3. Categoría: Salud Pública
4. Autores: Isadora Iglesias Honorato¹. Natalia Alvarado Alvarez¹. Amanda Wosiack Menin¹. Marcela Silva Figueroa¹. Ana Escobar Montoya¹. Eduardo Bravo Lazaneo¹.
5. Tutores: Trinidad Fernández Infante². Francisca Herrera Gonzalez³
6. Afiliación: 1. Interno de Medicina Universidad de Santiago de Chile, Hospital Comunitario de Til Til, Servicio de Salud Metropolitano Norte. 2. Médico Cirujano, Medicina General, Hospital Comunitario de Til Til, Servicio Salud Metropolitano Norte, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile. 3. Médico Cirujano, Medicina General, Hospital Comunitario de Til Til, Servicio Salud Metropolitano Norte, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN: La fuga de pacientes en los servicios de urgencia (SU) suele presentarse con frecuencia. El alta puede ser por orden médica, solicitud del paciente, traslado a otro centro, o “fuga” del paciente [1]. La fuga se considera como un indicador de calidad de atención, y se relaciona con tiempos de espera y mala atención percibida por el usuario.

OBJETIVO: Conocer la frecuencia de fugas en el SU del Hospital Comunitario de Til Til (HCTT) entre Agosto 2016 y Agosto 2017

MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo. Se extrajeron atenciones prestadas del SU del HCTT en un año, seleccionándose pacientes sin registro de atención completa. Se obtuvieron datos de sexo, edad, categorización, tiempo de espera y motivo cierre del dato. Criterios inclusión: Cierre dato por Fuga o No Responde. Exclusión: Rechazó voluntario o datos incompletos.

RESULTADOS: Se registraron 105 atenciones (89 con criterios inclusión y 16 con exclusión). El mayor número de fugas se registraron en mujeres (55%), entre 16-30 años (29%). Con respecto a categorización, las mayores fugas fueron en los C5 (83%). La mayoría de los pacientes no tuvieron tiempos de espera mayores a 60 minutos (64%) y se registró un paciente con tiempo de espera mayor a 180 minutos (1%).

DISCUSIÓN: La fuga representa el 0,4% de las consultas al SU mensual. La mayoría son mujeres, jóvenes, sin urgencia vital. El tiempo parece no ser el factor principal. La fuga genera un gasto económico al servicio de salud, siendo importante tomar medidas para educar a la población y mejorar el uso del SU.

PALABRAS CLAVES: *salud pública, fuga, servicio de urgencia*

Código Verificador: 20T7408117

REFERENCIAS:

1. Martínez W: Estadística descriptiva con énfasis en Salud Pública. Editorial La Hoguera. 2003.
2. Maccagno, G: Fuga de Pacientes. Revista Compañía Noble Seguros. 2013

Código verificador: 20T7408I17



1. Título del Trabajo de Investigación:
PERFIL DEL PACIENTE POLICONSULTANTE EN SERVICIO DE URGENCIA DE HOSPITAL RURAL EN LA REGIÓN METROPOLITANA.
2. Clase: Trabajo de Investigación (TI).
3. Categoría: Urgencias.
4. Autores: **Marzzano Moraqa M.**¹, *Mora Moya D.*¹, *Saez Venegas P*, *Escobar Cavieres S.*
5. Tutores: *Orellana Naranjo V.*², *Herrera González F.*²
6. Afiliación:¹ Interno Medicina Universidad de Santiago de Chile. ² Médico Cirujano. Médico en Etapa Destinación Formación – Hospital Comunitario de Til Til.

Introducción: La elevada demanda de los servicios de urgencias tanto a nivel primario como hospitalario, es un problema de salud pública en Chile; es necesario identificar la población policonsultante para lograr intervenciones óptimas y así reducir su impacto.

Objetivo: Caracterizar a los pacientes policonsultantes del Servicio de Urgencia del Hospital Comunitario de Tilttil (HCTT) y definir sus principales motivos de consulta.

Materiales y métodos: Mediante un estudio descriptivo retrospectivo se caracteriza la población policonsultante en el periodo de un año. Los datos se obtuvieron a partir de los registros electrónicos de SIDRA. Se definió como policonsultante al 10% de los pacientes que presentó el mayor número de atenciones, con un corte de igual o más de 6 atenciones en 12 meses. Los datos se introdujeron en una tabla dinámica en Excel, lo que permitió analizar frecuencias y promedios. Para el uso de estos datos se cuenta con la autorización de la Dirección del establecimiento.

Resultados: En el periodo analizado 915 pacientes consultaron igual o más de 6 veces (10,2 %), lo cual representa el 34,7% del total de atenciones. El paciente promedio consulta 12 veces, cerca del 60% es mujer con una edad promedio de 32 años. Los principales motivos de consulta son de causa respiratoria alta, seguido de cuadros digestivos e infecciones respiratorias bajas.

Discusión: La identificación de la población policonsultante en el servicio de urgencias de un hospital comunitario con una relación íntima con la atención primaria, permitirá dirigir intervenciones para disminuir el uso de este recurso valioso.

Palabras claves: Hospitales Rurales - Servicios de Urgencia - Mal Uso de Servicios de Salud.

Codigo Verificador: 20T2892I17

1. Título del Trabajo de Investigación.

REPORTE DE CASOS DE INTOXICACIÓN EN UN HOSPITAL COMUNITARIO OBSERVADOS ENTRE AGOSTO 2016 Y AGOSTO 2017

2. Clase: Trabajo de Investigación (TI)

3. Categoría: Urgencia

4. Autores: Natalia Alvarado Alvarez¹. Isadora Iglesias Honorato¹. Amanda Wosiack Menin¹. Marcela Silva Figueroa¹. Ana Escobar Montoya¹. Eduardo Bravo Lazaneo¹.

5. Tutores: Francisca Herrera Gonzalez³. Trinidad Fernández Infante²

6. Afiliación: 1. Interno de Medicina Universidad de Santiago de Chile, Hospital Comunitario de Til Til, Servicio de Salud Metropolitano Norte. 2. Médico Cirujano, Medicina General, Hospital Comunitario de Til Til, Servicio Salud Metropolitano Norte, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile. 3. Médico Cirujano, Medicina General, Hospital Comunitario de Til Til, Servicio Salud Metropolitano Norte, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN: La ingesta de sustancias constituye una alta fuente de morbi-mortalidad. Según Centro de Información Toxicológica de la Universidad Católica (Clituc) un 57% de las consultas al servicio de urgencia (SU) corresponde a intoxicación medicamentosa seguidas por químicos.

OBJETIVO: Describir el número de casos atribuibles a intoxicaciones por diferentes causas en urgencia del Hospital Comunitario de Til Til (HCTT) entre el período de Agosto 2016 a Agosto 2017.

MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo. Se extrajeron atenciones prestadas en el Servicio de urgencia (SU) del HCTT en este periodo seleccionándose según diagnóstico de egreso. Se obtuvieron motivo de consulta y tratamiento. Como criterios de inclusión todo paciente con diagnóstico de egreso de intoxicación. Exclusión: alta voluntaria.

RESULTADOS: Se registraron 39 atenciones (37 con criterios de inclusión y 2 con exclusión). La primera causa de intoxicación fue por ingesta medicamentosa (88% por ansiolíticos, 6% por acetaminofeno y 2% antidepresivo). Seguidas por intoxicación por inhalación de monóxido de carbono, alcohol, raticidas, ácido clorhídrico y combustibles. La mayoría se resolvió en el hospital, solo un 40,5% (15) se derivaron.

DISCUSIÓN: La intoxicación se presenta de alteraciones funcionales como a la muerte. Ante esto es de vital importancia el actuar médico, realizando correctamente intervenciones y determinar mayor resolución.

La consulta por intoxicación es un motivo de consulta frecuente, ante esto es necesario contar con herramientas básicas en el SU para lograr su estudio y manejo. El HCTT es un hospital de baja complejidad, que no cuenta con laboratorio por lo que es necesario hacer uso de criterio médico para su manejo.

PALABRAS CLAVES: *intoxicación, servicio de urgencia*

Código Verificador: 20T9293I17

Introducción

Presentación	3
Organización	4

Casos Clínicos

ADENOCARCINOMA DE AMPOLLA DE VATER: REPORTE DE UN CASO.....	5
CEFALEA CON SIGNOS DE ALARMA EN UN PACIENTE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	6
EL ABSCESO TUBO-OVÁRICO (ATO) EN URGENCIAS: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	7
ENFERMEDAD POR ANTICUERPOS ANTIMEMBRANA BASAL GLOMERULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	8
FIBRODISPLASIA MUSCULAR ESTENOSANTE DE ARTERIA RENAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA	9
FRACTURA DE PENE. REPORTE DE UN CASO.....	10
HEMORRAGIA EXPULSIVA ESPONTÁNEA. REPORTE DE UN CASO.	11
HEMORRAGIA INTRACEREBRAL NO TRAUMÁTICA EN RECIÉN NACIDO DE TÉRMINO. PRESENTACIÓN DE CASO	12
HERNIA DE SPIEGEL, UN RARO DEFECTO DE LA PARED ABDOMINAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE	13
HIPOGLUCEMIA NEONATAL PERSISTENTE EN RECIÉN NACIDA DE TÉRMINO SECUNDARIO A HIPERINSULINISMO: REPORTE DE UN CASO	14
INTOXICACIÓN POR PARAQUAT: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	15
INVAGINACIÓN INTESTINAL EN ADULTO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	16
LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE COMO PRESENTACIÓN DE COMPROMISO DE CONCIENCIA, EN RELACION A UN CASO CLÍNICO.....	18
MANEJO DE SINDROME POLIGLANDULAR TIPO II DURANTE EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO.....	19
MASA VESICAL DEBIDO ACTINOMICOSIS EN UN PACIENTE CON SÍNTOMAS URINARIOS BAJOS.	21
MENINGIOMA INTRAÓSEO CON EXTENSIÓN ORBITARIA E INTRACRENANA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	23
MIASTENIA NEONATAL TRANSITORIA: REPORTE DE UN CASO.....	24
MUERTE SÚBITA RECUPERADA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME QT PROLONGADO: REPORTE DE UN CASO.....	25
PENFIGO VULGAR SEVERO, A PROPOSITO DE UN CASO	26

RECURRENCIA DE VARICELA EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE UN CASO	27
SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA COMO COMPLICACIÓN RESPIRATORIA INFRECUENTE EN FRACTURA TIBIOPERONEA, A PROPÓSITO DE UN CASO	28
SÍNDROME DE TORAX AGUDO Y ANEMIA FALCIFORME. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.....	29
SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE EN ATENCIÓN PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO	30
SÍNDROME RIÑÓN-PULMÓN SECUNDARIO A VASCULITIS ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS P POSITIVO: REPORTE DE UN CASO	31
TENOSINOVITIS SÉPTICA FLEXORA: REPORTE DE UN CASO.....	32
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA SECUNDARIA A DESGARRO MIOFRIBILAR DE GASTROCNEMIO MEDIAL IZQUIERDO, REPORTE DE UN CASO.....	33
TUBERCULOSIS RENAL: REPORTE DE UN CASO	34
ULCERACIÓN CRÓNICA DEL 5TO METATARSIANO POST FRACTURA DE ANTEPIE TRATADA EN JOVEN CON PIE VARO. A PROPÓSITO DE UN CASO	35
USO INADECUADO DE CARBÓN ACTIVADO EN PACIENTE COMPROMETIDA DE CONCIENCIA, EN RELACIÓN A UN CASO CLÍNICO.....	36

Trabajos de Investigación

DESCRIPCIÓN DE DATOS MICROBIOLÓGICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE UROCULTIVOS OBTENIDOS EN CONSULTORIOS DE SANTIAGO, DESDE ABRIL 2016 HASTA MAYO 2017	37
EMPIEMA EN ADULTOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA DURANTE LOS AÑOS 2004 A 2008: UNA MIRADA A LOS RESULTADOS.....	38
FRECUENCIA DE FUGAS DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIA EN EL HOSPITAL COMUNITARIO DE TIL TIL ENTRE AGOSTO 2016 Y AGOSTO 2017	40
PERFIL DEL PACIENTE POLICONSULTANTE EN SERVICIO DE URGENCIA DE HOSPITAL RURAL EN LA REGIÓN METROPOLITANA	42
REPORTE DE CASOS DE INTOXICACIÓN EN UN HOSPITAL COMUNITARIO OBSERVADOS ENTRE AGOSTO 2016 Y AGOSTO 2017	43