

30 de septiembre al 3 de octubre  
**MODALIDAD VIRTUAL 2020**



# **XLI** CONGRESO CHILENO DE MEDICINA INTERNA

## La Medicina en Tiempos de Pandemia



### ORGANIZA

Sociedad Médica de Santiago  
Sociedad Chilena de Medicina Interna

### COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Marcelo Llancaqueo Valeri  
Presidente Sociedad Médica de Santiago

Dr. Francisco González Andrade  
Secretario Ejecutivo



### COMITÉ CIENTÍFICO

**Presidenta:** Dra. Annelise Goecke Sariego

**Secretaría Ejecutiva:** Dra. Javiera Donoso Pineda

Dra. Marcela Barberán Manríquez

Dra. Andrea Fiabane Salas

Dra. Luz María Letelier Saavedra

Dr. Andrés Valdivieso Dávila

Dr. Jorge Vega Stieb

# LIBRO DE RESÚMENES XLI CONGRESO CHILENO DE MEDICINA INTERNA “La Medicina en Tiempos de Pandemia”

ISBN:978-956-7936-46-5

Sociedad Médica de Santiago 2020

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



Contenidos.....	i
Saludo de Bienvenida Presidente XLI Congreso Chileno de Medicina Interna. “ La Medicina en Tiempos de Pandemia”.....	15
Saludo de Bienvenida del Comité Científico.....	16
Bienvenida del Secretario Ejecutivo.....	17
Directorio Sociedad Médica de Santiago 2019-2021.....	18
Comité Científico.....	19
Revisores de Trabajos Libres.....	20
Premios presentación oral.....	22
<b>TRABAJOS MODALIDAD ORALES.....</b>	<b>23</b>
TL 7 - HOMBRE DE 30 AÑOS CON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO E INFECCIÓN POR SARS-COV-2, PRESENTACIÓN INHABITUAL DE COVID-19.....	24
TL 18 - INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA.....	25
TL 44 - DIABETES Y SORDERA DE HERENCIA MATERNA: UN REPORTE DE CASO.....	26
TL 46 - TOXOCARIASIS COMO CAUSA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ATÍPICO. REPORTE DE UN CASO EN CHILE.....	27
TL 87 - TUBERCULOSIS PERITONEAL: UN DIAGNÓSTICO DIFÍCIL.....	28
TL 96 - MUCORMICOSIS DISEMINADA EN PACIENTE CON TRATAMIENTO CORTICOIDAL POR COVID-19: REPORTE DE UN CASO.....	29
TL 106 - PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN ENTRE ÚLCERA PÉPTICA E INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN 24 MESES.....	30
TL 150 - PNEUMATOSIS INTESTINAL POR ISQUEMIA EN PACIENTE CON COVID-19 Y NEOPLASIA MIELOPROLIFERATIVA JAK2(+). A PROPÓSITO DE UN CASO.....	31
TL 166 - CRIPTOCOCOSIS PULMONAR EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CUSHING.....	32
TL 177 - DOLOR ABDOMINAL SÚBITO Y PARÁLISIS FACIAL CENTRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO EN TIEMPOS DE PANDEMIA.....	33
TL 204 - HEPATITIS AGUDA POR COINFECCIÓN DE VIRUS HEPATITIS B Y VIRUS EPSTEIN BARR, REPORTE DE UN CASO.....	34

TL 222 - EPIDEMIOLOGÍA DEL LINFOMA DE HODGKIN EN ARICA, CHILE 2014 - 2019.....	35
TL 238 - POLINEUROPATÍA PERIFÉRICA COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES).....	36
TL 267 - TROMBOLISIS INTRAVENOSA EN ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 130 CASOS.....	37
TL 284 - HISTOPLASMOSIS COMO DEBUT DE VIH, REPORTE DE UN CASO.....	38
<b>TRABAJOS MODALIDAD E-POSTER VIRTUAL.....</b>	<b>39</b>
TL 5 - SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A MESENQUIMOPATÍA COMO CAUSA DE PANCITOPENIA, LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	40
TL 6 - COMPLICACIONES ASOCIADAS A BIOPSIA HEPÁTICA EN HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO.....	41
TL 8 - HIPERPARATIROIDISMO TERCIARIO EN PACIENTE CON RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO FAMILIAR.....	42
TL 10 - ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS EN LA PREVALENCIA, LETALIDAD Y MORTALIDAD POR COVID-19, CHILE 2020.....	43
TL 12 - ETIOLOGÍAS IDENTIFICADAS EN PACIENTES CON INDICACIÓN DE BIOPSIA HEPÁTICA TRANSPERCUTÁNEA, EXPERIENCIA EN HOSPITAL HIGUERAS DE TALCAHUANO.....	44
TL 13 - A PROPÓSITO DE UN CASO: PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICO INMUNE GRAVE DE DIFÍCIL MANEJO.....	45
TL 14 - PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN EL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO, ENTRE LOS AÑOS 2013-2019.....	46
TL 19 - INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO. COMPARACIÓN ENTRE DOS DÉCADAS DE DOS SIGLOS.....	47
TL 20 - INCIDENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ARTERIAS CORONARIAS ANEURISMÁTICAS.....	48
TL 21 - ARTRITIS SÉPTICA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS COMPLICADA CON DERRAME PLEURAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	49
TL 23 - SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ VARIANTE NEUROPATÍA AXONAL MOTORA Y SENSITIVA AGUDA(AMSAN): REPORTE DE UN CASO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA.....	50
TL 24 - PERICONDRITIS POR PSEUDOMONA AERUGINOSA SECUNDARIA A PIERCING EN PABELLÓN AURICULAR: REPORTE DE UN CASO.....	51
TL 25 - INSULINOMA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPOGLICEMIA EN PACIENTE NO DIABÉTICO.....	52



TL 26 - FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE: RARA PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD MIXTA DE TEJIDO CONECTIVO CON PREDOMINIO LES.....	53
TL 27 - HIPEROSTOSIS ESQUELÉTICA DIFUSA IDIOPÁTICA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE IMPORTANCIA EN PATOLOGÍA DE COLUMNA.....	54
TL 28 - SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN ADULTO MAYOR COMO MANIFESTACIÓN DE TUBERCULOSIS DISEMINADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	55
TL 29 - FIBRILACIÓN AURICULAR COMO MANIFESTACIÓN DE TIROTOXICOSIS EN EL ADULTO.....	56
TL 30 - ENFRENTAMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO: ¿HASTA CUANDO ESTUDIARLA?.....	57
TL 31 - PANICULITIS FEBRIL COMO REACCIÓN ADVERSA A INHIBIDORES BRAF/MEK EN PACIENTE CON MELANOMA ETAPA IV: PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE REACCIÓN ADVERSA A FÁRMACOS.....	58
TL 32 - ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO ASOCIADA A SÍNDROME NEFRÓTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	59
TL 33 - PARESIA CRÓNICA PROGRESIVA EN UN PACIENTE DE 60 AÑOS: ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA, REPORTE DE UN CASO.....	60
TL 34 - HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL SÚBITA BILATERAL, REPORTE DE UN CASO.....	61
TL 35 - ARTRITIS SÉPTICA POR ESCHERICHIA COLI EN PACIENTE CON DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO.....	62
TL 36 - NEUTROPENIA PROFUNDA AISLADA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ARTRITIS REUMATOIDE.....	63
TL 37 - TROMBOSIS DE VENA OVÁRICA EN UN PACIENTE CON COVID-19 Y ANTICOAGULANTE LÚPICO.....	64
TL 38 - ÍLEOYUNITIS ULCERATIVA; PRESENTACIÓN INFRECUENTE PERO GRAVE DE ENFERMEDAD CELÍACA. REPORTE DE UN CASO.....	65
TL 39 - SÍNDROME DE EISENMENGER EN UN PACIENTE ADULTO CON COMUNICACIÓN INTERAURICULAR TIPO SENOS VENOSOS, REPORTE DE CASO, REPORTE DE CASO.....	66
TL 40 - NEUMONIA POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19.....	67
TL 42 - IMPORTANCIA DEL DESCARTE DE INFECCIONES LATENTES FRENTE AL USO DE RUXOLITINIB. REPORTE DE CASO.....	68
TL 43 - SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ Y COVID-19; REPORTE DE CASO.....	69
TL 45 - ¿LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS FUTUROS MÉDICOS DEL MUNDO ESTÁ EN RIESGO DEBIDO A LA PANDEMIA?: UNA COLABORACIÓN INTERNACIONAL.....	70
TL 47 - PERITONITIS BACTERIANA PRIMARIA POR SBHGA EN MUJER SANA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	71



TL 48 - ENCEFALITIS LÍMBICA AUTOINMUNE DE ETIOLOGÍA NO PARANEOPLÁSICA: UN DIAGNÓSTICO DE RELEVANCIA EN TRASTORNO NEUROPSIQUIÁTRICO DE PRESENTACIÓN SUBAGUDA.....	72
TL 49 - CASO DE GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS CON COMPROMISO NEUROLÓGICO.....	73
TL 50 - EMBOLIA CEREBRAL SECUNDARIA COMO PRESENTACIÓN DE ENDOCARDITIS BACTERIANA TRAS BIOPSIA TRANSRECTAL.....	74
TL 51 - RECURRENCIA TARDÍA DE PÚRPURA DE SCHÖNLEIN HENOCH CON COMPROMISO MULTISISTÉMICO.....	75
TL 52 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR ESCHERICHIA COLI.....	76
TL 53 - GAMMAPATÍAS MONOCLONALES, NO TODO ES MIELOMA.....	77
TL 54 - ENFERMEDAD DE CASTELMAN MULTICÉNTRICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO EN PACIENTE VIH: PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	78
TL 56 - TUBERCULOSIS Y SALUD PÚBLICA, ¿QUÉ HACER CUANDO LA FAMILIA SE OPONE AL ESTUDIO DE CONTACTOS? REPORTE DE UN CASO.....	79
TL 57 - HIPERPIGMENTACIÓN CUTÁNEA SECUNDARIA A USO DE CLORPROMAZINA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	80
TL 58 - LUMBALGIA DE CAUSA INHABITUAL.....	81
TL 59 - VIRUS VARICELA ZOSTER EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	82
TL 60 - MIOPERICARDITIS COMO MANIFESTACION DE SINDROME HIPEREOSINOFILICO.....	83
TL 62 - POLINEUROPATÍA DESMIELINIZANTE, EDEMA GENERALIZADO, LESIONES CUTÁNEAS EN PACIENTE CON GAMMAPATÍA BICLONAL; REPORTE DE CASO.....	84
TL 63 - MENINGITIS TUBERCULOSA EN EMBARAZADA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO ANTE CRISIS CONVULSIVA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	85
TL 64 - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A VASCULITIS ANCA, SERIE CLÍNICA DE 14 PACIENTES.....	86
TL 65 - SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN MIELODISPLÁSICO/MIELOPROLIFERATIVO. UN DESAFÍO AL DIAGNÓSTICO. REPORTE DE CASO.....	87
TL 66 - SARCOIDOSIS Y SU DIFÍCIL CERTEZA DIAGNÓSTICA.....	88
TL 67 - DERMATOMIOSITIS COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE NEOPLASIA OCULTA, REPORTE DE DOS CASOS.....	89
TL 68 - SÍNDROME DE EVANS REFRACTARIO, UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	90



TL 69 - LA GRAVEDAD DE LA INFECCIÓN CAUSADA POR EL VIRUS SARS-COV-2 EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ESTA ASOCIADO A UN INCREMENTO EN EL PERFIL DE EXPRESIÓN DE CITOQUINAS POSTERIOR A LA FASE AGUDA DE LA ENFERMEDAD.....	91
TL 70 - PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE Y SALUD: UN DESAFÍO PARA LA SALUD PÚBLICA DE CHILE.....	92
TL 71 - VASCULITIS URTICARIAL NORMOCOMPLEMENTÉMICA: SOSPECHA Y DIAGNÓSTICO A PARTIR DE UN CASO.....	93
TL 72 - ECTIMA GANGRENOSO SECUNDARIO A BACTERIEMIA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN PACIENTE EN HEMODIÁLISIS.....	94
TL 74 - DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO Y ANEMIA HEMOLÍTICA NO AUTOINMUNE: UNA PATOLOGÍA POCO SOSPECHADA.....	95
TL 75 - SÍNDROME PILÓRICO SECUNDARIO A UN CUERPO EXTRAÑO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	96
TL 76 - TÍTULO: CELULITIS ABDOMINAL DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO: SOSPECHA DE ACTINOMICOSIS DISEMINADA.....	97
TL 78 - FORMACIÓN MÉDICA CONTINUA ENTRE PARES. EXPERIENCIA DIGITAL SINCRÓNICA EN TIEMPOS DE PANDEMIA.....	98
TL 80 - LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE PRESENTACIÓN TARDÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	99
TL 81 - PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICO INMUNE EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR COVID-19, UNA ASOCIACIÓN EMERGENTE.....	100
TL 82 - APLASIA PURA DE SERIE ROJA POR PARVOVIRUS B19 EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.....	101
TL 83 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA SECUNDARIA A BACTEREMIA POR STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS SUBESPECIE INFANTARIUS. REPORTE DE UN CASO.....	102
TL 85 - CARCINOMATOSIS LEPTOMENÍNGEA EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA ESOFÁGICO AVANZADO.....	103
TL 89 - HIPERCALCEMIA INDUCIDA POR INMOVILIZACIÓN TRATADA CON DENOSUMAB.....	104
TL 90 - PRIMER REPORTE DE CASO DE ENDOCARDITIS BACTERIANA POR STREPTOCOCCUS sius EN CHILE.....	105
TL 92 - HEMATOMA RETROPERITONEAL POR RUPTURA ESPONTÁNEA DE ARTERIA ILIACA COMÚN COMO DEBUT SINDROME DE EHLERS-DANLOS.....	106
TL 94 - ACTIVIDAD SINÉRGICA DE CEFTAZIDIMA- AVIBACTAM Y AZTREONAM EN STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA PAN-RESISTENTE: REPORTE DE UN CASO.....	107
TL 95 - GLOMERULONEFRITIS POR COMPLEJOS INMUNES SECUNDARIO A VIRUS HEPATITIS B EN ADULTO: REPORTE DE UN CASO.....	108



TL 97 - CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN PACIENTE CON RECIENTE INICIO DE DAPAGLIFOZINA, NO TODO ES INSULINOPENIA.....	109
TL 99 - SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR TIPO II: KERNICTERUS EN PACIENTE ADULTO, REPORTE DE UN CASO.....	110
TL 101 - REPORTE DE CASO: DIABETES MELLITUS MITOCONDRIAL EN PACIENTE CON CETOACIDOSIS DIABÉTICA E HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL.....	111
TL 102 - LESIONES CUTÁNEAS COMO MANIFESTACIÓN DE NEOPLASIA HEMATOLÓGICA AGRESIVA.....	112
TL 104 - LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA ASOCIADA A BACILLUS CALMETTE- GUERIN INTRAVESICAL.....	113
TL 105 - PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO E INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN 24 MESES.....	114
TL 107 - PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN HOSPITAL PÚBLICO, ENTRE JULIO 2018 Y JUNIO 2020.....	115
TL 108 - SUPERVIVENCIA DE PACIENTES SOMETIDOS A GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN UN HOSPITAL PÚBLICO, ENTRE LOS AÑOS 2013-2020.....	116
TL 110 - HIPOGLICEMIA EN EL PACIENTE NO DIABÉTICO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.....	117
TL 111 - MIALGIAS EN INFECCIÓN POR SARS-CoV-2, NO SIEMPRE ES MÁS DE LO MISMO.....	118
TL 113 - ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO COMO CAUSA DE SÍNDROME FEBRIL EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS: REPORTE DE UN CASO.....	119
TL 114 - DEGENERACIÓN COMBINADA SUBAGUDA: REPORTE DE UN CASO.....	120
TL 115 - LUMBALGIA COMO PRESENTACIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO METASTÁSICO EN PACIENTE DE 26 AÑOS.....	121
TL 119 - HIPERCALCEMIA DE CAUSA INFRECIENTE.....	122
TL 121 - SCHWANNOMA, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN MASA CERVICAL EN ESTUDIO.....	123
TL 123 - PANCITOPENIA, UNA APROXIMACIÓN INICIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	124
TL 126 - SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN SUPRADESIVEL DEL ST COMO PRESENTACIÓN DE FÍSTULAS CORONARIAS.....	125
TL 129 - OSTEOMALACIA POR DÉFICIT DE VITAMINA D ASOCIADA A HIPOCALCEMIA SEVERA. UNA INUSUAL PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	126
TL 131 - ENFERMEDAD HEPÁTICA INDUCIDA POR ESTEROIDES: DOS CASOS REPORTADOS EN NUESTRO CENTRO.....	127



TL 132 - SÍNDROME DE TAKOTSUBO ASOCIADO AL USO DE EPINEFRINA. REPORTE DE UN CASO.....	128
TL 133 - EMBOLIZACIÓN DE SHUNT ESPLENORENAL COMO MANEJO DE ENCEFALOPATIA REFRACTARIA.....	129
TL 134 - TROMBOSIS DE SENO VENOSO COMO COMPLICACION DE COLITIS ULCEROSA.....	130
TL 135 - HEPATITIS AGUDA COLESTÁSICA POR DISULFIRAM REPORTE DE CASO.....	131
TL 136 - HEPATITIS AUTOINMUNE EN PACIENTE PORTADOR DE VIH: UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE.....	132
TL 138 - SÍNDROME PLATIPNEA-ORTODESOXIA: PONIENDO A PRUEBA LA OBSERVACIÓN CLÍNICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.....	133
TL 139 - NEFROPATÍA POR IGA SECUNDARIA A DHC, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	134
TL 140 - PENFIGOIDE AMPOLLOSO, MANEJO MÉDICO DE PATOLOGÍA REFRACTARIA Y SUS COMPLICACIONES: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	135
TL 141 - PIELONEFRITIS XANTUGRANULOMATOSA: COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LAS INFECCIONES DE TRACTO URINARIO, A PARTIR DE UN CASO.....	136
TL 144 - CARACTERIZACIÓN DE DILATACIONES ENDOSCOPICAS DIGESTIVAS ALTAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DESDE MARZO DEL 2016 HASTA JUNIO DEL 2020.....	137
TL 146 - PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN ENTRE DISPEPSIA E INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN 24 MESES.....	138
TL 147 - MANIFESTACIONES CARDIOLÓGICAS COMO DEBUT DE ENFERMEDAD DE STILL: REPORTE DE UN CASO.....	139
TL 148 - NEFROPATÍA LÚPICA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA.....	140
TL 149 - NEUTROPENIA TRANSITORIA EN ENFERMEDAD COVID-19. REPORTE DE 2 CASOS.....	141
TL 151 - ARTRITIS GONOCÓCICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE MÚLTIPLES INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	142
TL 152 - ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE POR CRIOAGLUTININAS, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	143
TL 153 - ¿ES LA HOSPITALIZACIÓN UNA OPORTUNIDAD PARA AUMENTAR LA COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS?.....	144
TL 155 - NEUMOMEDIASTINO SECUNDARIO A NEUMONÍA POR CORONAVIRUS TIPO 2, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	145
TL 156 - SÍNDROME DE TAKOTSUBO EN UNA PACIENTE CON SOSPECHA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO; REPORTE DE CASO.....	146



TL 157 - VASCULITIS COMO PRESENTACIÓN DE SINDROME LINFOPROLIFERATIVO: LA RELEVANCIA DE REALIZAR UN ESTUDIO COMPLETO EN LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES.....	147
TL 158 - BARRERAS EN EL ACCESO A SALUD MENTAL DURANTE LA CARRERA DE MEDICINA EN CHILE: EXPERIENCIAS DE INTERNOS Y MÉDICOS RECIÉN EGRESADOS.....	148
TL 159 - TRANSFORMACIÓN CAVERNOMATOSA DE LA VENA PORTA SECUNDARIA A TROMBOSIS VENOSA PORTAL EN PACIENTE CON SÍNDROME MIELOPROLIFERATIVO.....	149
TL 160 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MIOPATÍA EN PERSONA VIVIENDO CON VIH: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	150
TL 161 - EVALUACIÓN ECONÓMICA DE TIPO COSTO EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA GARANTÍA EXPLÍCITA DE SALUD (GES) PARA PACIENTES DE 55 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE RODILLA Y/O CADERA VERSUS TERAPIA ALTERNATIVA, TRATADOS EN CESFAM DE LA COMUNA DE VICTORIA, DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2018.....	151
TL 162 - FALLA RENAL AGUDA POR DAÑO PODOCITARIO ASOCIADO A GLOMERULONEFRITIS FOCAL CON ESCASOS CRESCENTES Y DEPÓSITOS SUBENDOTELIALES EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.....	152
TL 163 - SÍNDROME DE LEMIERRE: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	153
TL 164 - CASO DE HIPONATREMIA Y PANHIPOPITUITARISMO COMO MANIFESTACIÓN DE TBC SELAR.....	154
TL 165 - NEUMONÍA ORGANIZADA CRIPTOGÉNICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD REFRACTARIA A TRATAMIENTO. REPORTE DE UN CASO.....	155
TL 167 - ELEFANTIASIS SECUNDARIA A FILARIASIS. REVISIÓN DEL TEMA. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	156
TL 168 - TRANSFORMACIÓN MALIGNA DE UN TUMOR PHYLLODES BENIGNO. REPORTE DE UN CASO.....	157
TL 169 - TROMBOCITOSIS ESENCIAL COMO CAUSA DE ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO: REPORTE DE UN CASO.....	158
TL 170 - DESCRIPCIÓN DEL PERFIL Y EFECTOS SECUNDARIOS DE USUARIOS DE NIVOLUMAB EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA.....	159
TL 172 - TÍTULO HIPERCALCEMIA SECUNDARIA A HISTOPLASMOSIS DISEMINADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	160
TL 174 - TROMBOCITOPENIA INMUNE SECUNDARIA A MACROGLOBULINEMIA DE WALDESTRÖM.....	161



TL 176 - TAPONAMIENTO CARDIACO COMO PRESENTACIÓN DE LINFOMA DE HODGKIN; REPORTE DE UN CASO.....	162
TL 178 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN VÁLVULA NATIVA AÓRTICA POR ESCHERICHIA COLI.....	163
TL 179 - CONVERSIÓN DE UNIDAD PEDIÁTRICA A UNIDAD DE ADULTOS POR PANDEMIA COVID -19: NO ES UN JUEGO DE NIÑOS.....	164
TL 180 - PANICULITIS LÚPICA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.....	165
TL 181 - DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE NEUROLÚES.....	166
TL 183 - PÚRPURA FULMINANS EN COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	167
TL 184 - HEMATOMA PULMONAR COMO COMPLICACIÓN DE TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	168
TL 186 - SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO DIAGNOSTICADO POR SU PRIMERA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA ENTRE LOS AÑOS 2017 y 2019 EN UN HOSPITAL PÚBLICO.....	169
TL 187 - SEPSIS DE FOCO PULMONAR EN UN PACIENTE CON ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES: REPORTE DE UN CASO.....	170
TL 188 - NEUMONÍA POR INFLUENZA A H1N1 ASOCIADA A HEMORRAGIA ALVEOLAR: REPORTE DE UN CASO.....	171
TL 189 - SÍNCOPE COMO SIGNO OMINOSO EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PULMONAR PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	172
TL 190 - ASOCIACIÓN ENTRE AMILOIDOSIS CARDÍACA (AC) Y ESTENOSIS AÓRTICA (EAO) SEVERA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	173
TL 191 - ENFRENTAMIENTO DE MASA MEDIASTÍNICA ANTERIOR; A PROPÓSITO DE DOS CASOS.....	174
TL 192 - VASCULITIS CUTÁNEA ASOCIADA A CONSUMO DE COCAÍNA ADULTERADA CON LEVAMISOL.....	175
TL 193 - REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE KOUNIS SECUNDARIO A MORDEDURA DE LOXOSCELES LAETA.....	176
TL 194 - PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE COVID-19 EN UNA COHORTE DE PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CHILE.....	177
TL 195 - SINDROME CONFUSIONAL AGUDO TRAS INFECCIÓN POR SARS-CoV-2; REPORTE DE UN CASO.....	178
TL 196 - PATOLOGÍAS REUMATOLÓGICAS DE PRESENTACIÓN SIMULTÁNEA: TODOS LOS SÍNTOMAS IMPORTAN.....	179
TL 199 - PLANIFICACIÓN DE UN SERVICIO DE MEDICINA PARA LA PANDEMIA SARS-COV2.....	180



TL 200 - DUCTO BILIAR EVANESCENTE: UN SÍNDROME PARANEOPLÁSICO INFRECUENTE EN PACIENTES CON LINFOMA.....	181
TL 201 - SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON VÁRICES GÁSTRICAS SOMETIDOS A ESCLEROTERAPIA ENDOSCÓPICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO ENTRE LOS AÑOS 2016 Y 2020.....	182
TL 202 - ASOCIACIÓN DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA CON ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	183
TL 203 - TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA MÚLTIPLE EN PACIENTE COVID-19: MANIFESTACIÓN INUSUAL.....	184
TL 205 - USO DE FOTOQUIMIOTERAPIA CON PSORALENO PREVIO RADIACIÓN ULTRAVIOLETA A PARA MANEJO DE MICOSIS FUNGOIDE TIPO ALIBERT-BAZIN: REPORTE DE UN CASO.....	185
TL 206 - PIELONEFRITIS XANGRANULOMATOSA: REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS....	186
TL 208 - GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS ANCA NEGATIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	187
TL 209 - PREVENCIÓN PRIMARIA DE MUERTE SÚBITA EN PACIENTE JOVEN CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA, REPORTE DE CASO.....	188
TL 210 - DESAFÍO TERAPÉUTICO EN PACIENTE CON ESPONDILOARTRITIS HLA-B27 Y UVEITIS PERSISTENTE.....	189
TL 211 - MORTALIDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA COVID-19 EN UNIDADES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN CHILE.....	190
TL 212 - INFECCIÓN LOCAL POR NOCARDIA CON PROGRESIÓN A ENFERMEDAD DISEMINADA PULMONAR.....	191
TL 213 - BICITOPENIA EN PACIENTE CON ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.....	192
TL 215 - DIAGNÓSTICO DE INSULINOMA DURANTE EVOLUCIÓN DE TUMOR NEUROENDOCRINO PANCRÉATICO BIEN DIFERENCIADO.....	193
TL 217 - FÁRMACOS ANTI TNF Y TUBERCULOSIS: UNA DUPLA DESASFORTUNADA EN LA ENF. INFLAMATORIA INTESTINAL.....	194
TL 218 - FALLA HEPÁTICA FULMINANTE DE ORIGEN VASCULAR: SÍNDROME DE BUDD CHIARI SECUNDARIO A UN SÍNDROME MIELOPROLIFERATIVO.....	195
TL 219 - ENDOFTALMITIS ENDÓGENA BACTERIANA Y GLAUCOMA FACOANAFILÁCTICO EN PACIENTE CON MÚLTIPLES COMORBILIDADES EN CONTEXTO COVID 19: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.....	196
TL 220 - COMPROMISO DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFÉRICO EN VASCULITIS ANCA MPO (+): PRESENTACIÓN ATÍPICA.....	197
TL 221 - FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO.....	198
TL 223 - CAUSAS DE MIELITIS TRANSVERSA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	199



TL 224 - WEB CAROTÍDEO: CAUSA POCO FRECUENTE DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.....	200
TL 226 - DEBUT DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS CON MANIFESTACIONES RENALES ATÍPICAS CON ELEMENTOS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y ESCLERODERMIA. DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO.....	201
TL 229 - MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN PUERPERA: CASO DE MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO.....	202
TL 230 - SÍNDROME DE DRESS Y COVID-19 ¿MANIFESTACIÓN EXTRAPULMONAR DE UNA INFECCIÓN EMERGENTE?.....	203
TL 231 - LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA COEXISTENTE CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA: REPORTE DE UN CASO.....	204
TL 232 - SÍNDROME DE LA PERSONA RÍGIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	205
TL 233 - SOSPECHA DE TROMBOFILIA TARDÍA EN TROMBOSIS ARTERIALES DE SITIO ATÍPICO. REPORTE DE UN CASO.....	206
TL 234 - HEMÓLISIS AGUDA DURANTE HEMODIALISIS: LA IMPORTANCIA DE AJUSTAR LA DIÁLISIS SEGÚN NIVELES DE ELECTROLITOS PREVIOS.....	207
TL 236 - VALVULOPLASTÍA PERCUTÁNEA CON BALÓN COMO TERAPIA DE RESCATE EN UNA PACIENTE CON DISFUNCIÓN DE BIOPRÓTESIS MITRAL.....	208
TL 239 - RABDOMIOLISIS HIPOKALÉMICA ASOCIADA A DIARREA POR COVID-19: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.....	209
TL 240 - FIBROSIS PULMONAR SECUNDARIO A COVID-19. REPORTE DE UN CASO.....	210
TL 241 - FRECUENCIA DE COINFECCIÓN VIRAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE SECUNDARIA A NEUMONÍA POR SARS-COV-2 EN UN HOSPITAL CENTINELA DE VIGILANCIA EN LA REGIÓN METROPOLITANA.....	211
TL 242 - UROLITIASIS A REPETICIÓN COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PARTIR DE UN CASO EN PACIENTE HOSPITALIZADA.....	212
TL 243 - TALASEMIAS A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO.....	213
TL 244 - ANEMIA HEMOLÍTICA COMO DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	214
TL 246 - MENINGOENCEFALITIS Y SARS-COV-2: ¿OTRA MANIFESTACIÓN INFRECUENTE DE UNA INFECCIÓN EMERGENTE? REPORTE DE UN CASO.....	215
TL 247 - EXPERIENCIA DE POSICIÓN PRONO VIGIL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR COVID-19.....	216
TL 248 - SÍNDROME BUDD-CHIARI COMO PRESENTACIÓN DE HEPATOCARCINOMA: ¿CÓMO ABORDARLO?.....	217
TL 249 - MIELOMA MÚLTIPLE: REPORTE DE EDAD DE PRESENTACIÓN ATÍPICA.....	218



TL 251 - ERITRODERMIA Y SINDROME PARANEOPLASICO: A PROPOSITO DE UN CASO.....	219
TL 252 - ONDA J DE OSBORNE EN PACIENTE CON HIPOTERMIA. A PROPOSITO DE UN CASO.....	220
TL 256 - NEUROSÍFILIS ASINTOMÁTICA EN PACIENTE JOVEN Y DEBUT DE VIH: UN CASO CLÍNICO.....	221
TL 258 - DOCENCIA EN PERIODOS DE PANDEMIA DE COVID-19: AYUDANTÍAS DE ANATOMÍA PARA EL PROGRAMA DE PLAN COMÚN DE CARRERAS DE LA SALUD, MODELO Y EXPERIENCIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA CLÍNICA ALEMANA -UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO.....	222
TL 259 - FORMACIÓN MÉDICA: AYUDANTÍA DE ANATOMÍA PARA ESTUDIANTE DE PREGRADO DE MEDICINA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19. FORMATO, EXPERIENCIA Y RESULTADOS.....	223
TL 260 - FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN PACIENTE MASCULINO CON ANTECEDENTE DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA: REPORTE DE UN CASO.....	224
TL 261 - SEMINARIOS DE AYUDANTES DE ANATOMÍA: EXPERIENCIA Y ADAPTACIÓN DE LA ACTIVIDAD DOCENTE INTER UNIVERSIDADES A NIVEL LATINOAMERICANO DEBIDO A LA PANDEMIA COVID-19.....	225
TL 262 - ESCLEROMALACIA PERFORANS, COMPLICACIÓN EXTRA ARTICULAR POCO FRECUENTE DE LA ARTRITIS REUMATOÍDEA.....	226
TL 264 - HEMOFAGOCITOSIS LINFOHISTIOCITARIA DURANTE CRISIS LÚPICA.....	227
TL 265 - NEUTROPENIA INDUCIDA POR AINES, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	228
TL 269 - ESCROFULODERMA: TUBERCULOSIS CUTÁNEA Y PULMONAR ASOCIADA A COINFECCIÓN COVID-19, REPORTE DE CASO.....	229
TL 270 - HEMOFILIA ADQUIRIDA EN CONTEXTO DE UN PACIENTE CON HEMOFILIA CONGENITA B LEVE: PRESENTACION DE UN CASO.....	230
TL 271 - OSTEOMIELITIS FACIAL EXTENSA COMO COMPLICACIÓN DE RINOSINUSITIS CRÓNICA EN UN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE.....	231
TL 273 - ESTUDIO DE PREVALENCIA DE CRONICIDAD AVANZADA EN UN HOSPITAL DE NIVEL TERCIARIO EN EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD, UNA APROXIMACIÓN AL ENFOQUE PALIATIVO.....	232
TL 274 - PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA ASOCIADA A BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS EN PACIENTE CON HEPATITIS AUTOINMUNE.....	233
TL 275 - MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA COMO PRESENTACIÓN DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA.....	234
TL 276 - LINFOMA DEL MANTO ESPLÉNICO. REPORTE DE UN CASO.....	235
TL 277 - SÍNDROME DE ENFERMEDAD NO TIROIDEA ASOCIADO A ESTRÉS CRÓNICO.....	236
TL 278 - DERMATOMIOSITIS DE DIFÍCIL MANEJO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	237



TL 279 - "EL DILEMA DE LA ÚLTIMA CAMA": A PROPÓSITO DE LA ADECUACIÓN DE ESFUERZO TERAPEÚTICO EN LA PANDEMIA POR COVID 19.....	238
TL 280 - PÚRPURA TROMBOCÍTICO INMUNE: CASO CLÍNICO DE TROMBOCITOPENIA SEVERA.....	239
TL 281 - MANIFESTACIONES DEL CÁNCER DE PÁNCREAS Y LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA CARACTERIZACIÓN DE SÍNTOMAS: REPORTE DE UN CASO.....	240
TL 282 - MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS Y PANCITOPENIA COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE VITAMINA B12: REPORTE DE UN CASO.....	241
TL 283 - TETRAPARESIA RELACIONADA A DÉFICIT DE VITAMINA B12, MÁS ALLÁ DE LO COMÚN.....	242
TL 285 - COMPLEJIDAD DIAGNÓSTICA ASOCIADO A FALTA DE TRATAMIENTO: A PROPÓSITO DE UNA PORFIRIA AGUDA.....	243
TL 286 - SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LINFOMA NO HODGKIN: REPORTE DE UN CASO.....	244
TL 287 - SÍNDROME NEFRÓTICO POR EICH POSTERIOR A TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS: REPORTE DE UN CASO.....	245
TL 288 - GLOMERULONEFRITIS RAPIDAMENTE PROGRESIVA Y NEUMONIA POR COVID-19 ¿UNA RELACIÓN CASUAL?.....	246
TL 289 - NEUROSÍFILIS CON COMPROMISO OCULAR Y ÓTICO: REPORTE DE UN CASO.....	247
TL 290 - LA GRAN SIMULADORA: MANIFESTACIONES ATÍPICAS DE UNA SÍFILIS SIN TRATAMIENTO.....	248
TL 291 - ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO: REPORTE DE UN CASO DURANTE PANDEMIA.....	249
TL 292 - ANGIODISPLASIA DUODENAL, CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	250
TL 293 - GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA SECUNDARIA A VASCULITIS IgA EN ADULTO: REPORTE DE UN CASO.....	251
TL 294 - HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA: IMPORTANCIA DEL ACCESO A TERAPIAS CON ANTICUERPOS MONOCLONALES PARA MEJORAR EL PRONÓSTICO Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES.....	252
TL 295 - EDENTULISMO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HISTIOCITOSIS DE LANGERHANS EN ADULTO, REPORTE DE UN CASO.....	253
TL 298 - SÍNDROME DE RAPUNZEL Y TRICOBEOZOAR GÁSTRICO EN PACIENTE CON DEFICIENCIA DE FACTOR VII NO DIAGNOSTICADO PREVIAMENTE: UN CASO INUSUAL.....	254
TL 299 - PÚRPURA TROMBOCITOPENICA TROMBÓTICA ADQUIRIDA IDIOPÁTICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	255



TL 302 - TUMOR DE PANCOAST, UNA ENTIDAD A CONSIDERAR EN SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO.....	256
TL 303 - COMPROMISO MULTISISTÉMICO POR C. NEOFORMANS EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO: CRIPTOCOCOSIS DISEMINADA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.....	257
PROGRAMA DEL CONGRESO.....	258



# Saludo de Bienvenida Presidente XLI Congreso Chileno de Medicina Interna. “ La Medicina en Tiempos de Pandemia”

## LOS DESAFIOS DE UN CONGRESO DURANTE UNA PANDEMIA

Desde que la ciudad china de Wuhan anunció los primeros casos de coronavirus, el 31 de diciembre de 2019, su rápida diseminación llevó a que el gigante asiático superara los 80.000 contagios con una mortalidad global del 3,8%. La tecnología actual llevó rápidamente a la caracterización epidemiológica, genética y clínica del SARS-COV-2. Un mundo interconectado y globalizado, que conlleva consigo el transporte de mercancía y personas, llevó a su rápida propagación al resto del mundo: primero con casos importados, y luego con contagio local. Esta situación provocó que, el 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) catalogara como Pandemia, a la enfermedad por coronavirus 2019 (Covid-19).

Las medidas de prevención y control extraordinarias decretadas por las autoridades de salud de nuestro país se basaron en la epidemiología clásica: identificar y aislar a los casos; seguir a los contactos; establecer restricciones en la movilidad (incluyendo la cuarentena); y evitar eventos en los que se pudieran formar aglomeraciones de personas. El alcance de estas medidas no tiene precedentes, por el volumen de afectados. Para la población general se ha recomendado el distanciamiento entre personas, evitar el contacto físico, efectuar un lavado frecuente de manos, y el uso de mascarilla.

Es en este complejo escenario de contingencia de salud en nuestro país, que la Sociedad Médica de Santiago (SMS), Sociedad Chilena de Medicina Interna, en conjunto con el Comité Organizador, y el apoyo de la Mesa Directiva y del Directorio en pleno, decidió realizar el XLI Congreso Chileno de Medicina Interna durante los días 30 de septiembre y 1, 2 y 3 de octubre de 2020, con el lema “La Medicina en tiempos de Pandemia”. En esta oportunidad se efectuará un congreso virtual, a través de plataformas digitales, en el cual se mantendrá un atractivo programa científico, lo que sin dudas ha significado un gran desafío para nuestra Sociedad. Esperamos como siempre mantener el apoyo y la colaboración para la construcción de esta actividad nacional, donde esperamos puedan asistir una mayor cantidad de médicos y profesionales de la salud, que en ocasiones anteriores.

Los desafíos impuestos para un congreso virtual tienen relación con la interacción, por lo cual realizaremos actividades on-line o sincrónicas, y otras off-line o asincrónicas. Con el Comité Científico mantendremos la presentación de trabajos de investigación. Los mejores calificados postularán a premios, y se presentarán en modalidad on-line en sesiones paralelas.

Los más importantes galardones de nuestra Sociedad, como la conferencia Sociedad Médica de Santiago, estará a cargo del Dr. Fernando Lanús; en tanto, la Dra. María Eugenia Pinto será distinguida con el Premio Maestro de la Medicina Interna. Por otro lado, este año gracias a la tecnología contaremos con 10 invitados internacionales del más alto nivel, que nos mostrarán su experiencia en los más variados tópicos.

Esperamos cumplir con nuestras y vuestras expectativas para este Congreso 2020, "La Medicina en tiempos de Pandemia".



Dr. Marcelo Llancaqueo V.  
Presidente  
Sociedad Médica de Santiago  
Sociedad Chilena de Medicina Interna

## Saludo de Bienvenida del Comité Científico

Estimados participantes del XLI Congreso Chileno de Medicina Interna:

En este año tan duro quiero a nombre del comité científico de la Sociedad Médica de Santiago (Sociedad Chilena de Medicina Interna), agradecer su compromiso con el saber y vuestro deseo de compartir con la comunidad el conocimiento y la práctica de la medicina interna en nuestro País.

Sabemos que las necesidades de salud de la comunidad en tiempos COVID, han requerido esfuerzos mayores de todos los clínicos generando una alta carga tanto física como emocional. Ver que en medio de esta pandemia se mantiene el interés por la educación continua y el deseo generoso de compartir las experiencias y conocimientos, expresado por la alta participación y el alto número de casos clínicos y trabajos científicos enviados a este congreso nos llena de alegría y orgullo.

Como Uds. saben los trabajos o casos clínicos recibidos son sometidos a un proceso de selección que incluye la revisión ciega por dos evaluadores pudiendo en caso de disparidad incorporarse un tercer revisor. Esto permite seleccionar los trabajos que finalmente son aceptados para su presentación. Estas evaluaciones también llevan a seleccionar los mejores trabajos en las distintas categorías que recibirán un premio por su calidad.

A aquellos que recibieron estas distinciones, nuestras más sinceras felicitaciones y a todos, además de agradecer su participación, les extendemos nuestra invitación a continuar contribuyendo con su asistencia a que los próximos congresos sean tan exitosos como el presente

Deseándoles lo mejor, se despide con un saludo afectuoso,



Dra. Annelise Goecke S.

Presidenta, Comité Científico Sociedad Médica de Santiago Sociedad Chilena de Medicina Interna



## Bienvenida del Secretario Ejecutivo

Estimados amigos,

Es mi placer darles la más cordial bienvenida al XLI Congreso Chileno de Medicina Interna, el primero desarrollado de forma completamente a distancia. Debido a la pandemia, reimaginamos nuestro formato habitual a una versión completamente virtual, que nos permite dar conferencias de alta calidad en una modalidad segura para nuestros presentadores y asistentes. Adicionalmente, nos permite una asistencia de público más diverso al habitual, además que facilita la participación de expertos internacionales.

Este congreso nos da a todos una oportunidad única, que es poder disfrutar de la totalidad de las exposiciones, ya que el material estará disponible durante toda la duración del congreso y luego por un mes adicional, durante el cual podrán interactuar no sólo con los expositores, sino que con todo el público asistente. Para lograr la transición de un congreso presencial a uno virtual, fue necesario un trabajo colaborativo en el que el Presidente de la Sociedad Médica de Santiago, Dr. Marcelo Llancaqueo, la secretaria, Angélica Infante, así como el directorio, tuvieron un compromiso inquebrantable, por lo que les estoy muy agradecido.

La misión de este congreso, y de la SMS, es fundamentalmente favorecer y aumentar el conocimiento médico. Son los asistentes al congreso, por lo tanto, el centro de las preocupaciones, y en esa línea, espero que el trabajo y conocimiento de los más de 75 expositores, y sobre 200 trabajos libres, contribuya, y haga una diferencia en su desarrollo tanto profesional como humano.

Les saluda cordialmente,



Dr. Francisco González A.

Secretario Ejecutivo XLI Congreso Chileno de Medicina Interna 2020



## Directorio Sociedad Médica de Santiago 2019-2021

### MESA DIRECTIVA

PRESIDENTE	DR. MARCELO LLANCAQUEO VALERI
VICEPRESIDENTA	DRA ANDREA FIABANE SALAS
PRESIDENTE SALIENTE	DR. GILBERTO GONZÁLEZ VICENTE
SECRETARIO GENERAL	DR. RICARDO LARREA GÓMEZ
TESORERO	DR. EDUARDO VALENZUELA ABARCA

### REPRESENTANTES POR HOSPITALES

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE	DRA. MARÍA ALEJANDRA CERDA JANA
HOSPITAL CLÍNICO PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA	DR. EDUARDO VALENZUELA ABARCA
HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU	DR. IGNACIO SILVA AYARZA
HOSPITAL SALVADOR	DR. VÍCTOR ROSSEL MARIÁNGEL
HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN	DR. FRANCISCO CONTESSE ARES
HOSPITAL SAN JUAN DIOS	DRA. PATRICIA VÁSQUEZ TORIELLO
HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO	DRA. XIMENA MONSALVE VALENZUELA
HOSPITAL MILITAR	DRA. CAROLINA WENK CARRIL

### REPRESENTANTES POR SOCIEDADES FILIALES

SOCIEDAD CHILENA DE GASTROENTEROLOGÍA	DR. ROBINSON GONZÁLEZ DONOSO
SOCIEDAD CHILENA DE HEMATOLOGÍA	DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ SICLARI
SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA	DRA. VIVIANA MALUJE BADIOLA
SOCIEDAD CHILENA DE NEFROLOGÍA	DR. ANDRÉS VALDIVIESO DÁVILA
SOCIEDAD CHILENA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	DRA. LAURA MENDOZA INZUNZA
SOCIEDAD CHILENA DE ENDOCRINOLOGÍA Y DIABETES	DR. PEDRO PINEDA BRAVO
SOCIEDAD CHILENA DE CARDIOLOGÍA	DR. RICARDO LARREA GÓMEZ
SOCIEDAD CHILENA DE MEDICINA NUCLEAR	DRA. EVA HERNÁNDEZ BEHM

### REPRESENTANTES POR INVITACIÓN

CAPÍTULO CHILENO ACP	DRA. LUZ MARÍA LETELIER SAAVEDRA
REVISTA MÉDICA DE CHILE	DR. FERNANDO FLORENZANO URZÚA
DIRECTORA DE CURSOS DE EDUCACIÓN MÉDICA	DRA. XIMENA MONSALVE VALENZUELA



## Comité Científico

**Presidenta:** Dra. Annelise Goecke Sariego

**Secretaria Ejecutiva:** Dra. Javiera Donoso Pineda

**Integrantes:**

Dra. Marcela Barberán Manríquez

Dra. Andrea Fiabane Salas

Dra. Luz María Letelier Saavedra

Dr. Andrés Valdivieso Dávila

Dr. Jorge Vega Stieb



## Revisores de Trabajos Libres

Dr. Guillermo Acuña  
Dr. Iván Aguancha  
Dra. Mónica Ahumada  
Dr. Andrés Aizman  
Dr. Jorge Alfaro  
Dr. Leopoldo Ardiles  
Dr. Eugenio Arteaga  
Dr. Alejandro Badilla  
Dra. Marcela Barberán  
Dra. María Elizabeth Barthel  
Dra. María Francisca Bozán  
Dr. Hernán Cabello  
Dr. Enzo Castiglione  
Dr. Aurelio Carvallo  
Dra. María Alejandra Cerda  
Dr. Víctor Carrasco  
Dr. Hernán Chamorro  
Dr. Fernando Chuecas  
Dr. César Cortés  
Dr. Guillermo Conte  
Dr. Ramón Corbalán  
Dr. Gonzalo Díaz  
Dr. Joaquín Díaz  
Dr. Rienzi Díaz  
Dra. Javiera Donoso  
Dra. Sylvia Echavarrí  
Dra. Andrea Fiabane  
Dra. Angelia Fernández  
Dr. Carlos Fuentealba  
Dr. Héctor Gatica  
Dr. Rodrigo Gil  
Dra. Anelisse Goecke  
Dr. Gilberto González  
Dr. Tomás González  
Dr. Miguel Gutiérrez  
Dra. Patricia Herrera  
Dr. Ricardo Ibañez  
Dr. Sergio Jaime  
Dra. Elena Jarpa  
Dr. Ricardo Jerez  
Dra. Andrea Jiménez  
Dr. Claudio Klenner  
Dra. Sonia Kunstmann  
Dr. Cristian Labarca  
Dr. Fernando Lanas  
Dr. Miguel López



Dra. Luz María Letelier  
Dr. Claudio Liberman  
Dra. Viviana Maluje  
Dr. Alejandro Martínez  
Dr. Marcelo Miranda  
Dr. Fabián Miranda  
Dra. Helia Morales  
Dra. Ximena Morales  
Dr. Hans Müller  
Dr. Oscar Neira  
Dr. Luis Miguel Noriega  
Dra. Victoria Novik  
Dra. Alejandra Palma  
Dr. Walter Passalacqua  
Dra. Patricia Pardo  
Dr. Carlos Pérez  
Dra. Carmen Pinochet  
Dr. Pedro Pineda  
Dr. Jorge Pérez  
Dra. Camila Peña  
Dr. Jaime Poniachik  
Dr. Rodrigo Quera  
Dra. María Alejandra Reveco  
Dr. Arnoldo Riquelme  
Dra. María de los Angeles Rodríguez  
Dra. Gloria Rubio  
Dr. Luis Rojas  
Dra. Silvana Saavedra  
Dra. Francisca Sabugo  
Dra. Carla Salvo  
Dr. Jorge Sapunar  
Dr. Mauricio Sarmiento  
Dr. Iván Solís  
Dr. Roque Sáenz  
Dr. Fernando Saldías  
Dr. Ignacio Silva  
Dr. Héctor Ugalde  
Dra. María Eliana Valdés  
Dra. Patricia Vásquez  
Dr. Eduardo Valenzuela  
Dr. Sergio Valenzuela  
Dr. Omar Valenzuela  
Dr. Andrés Valdivieso  
Dr. Jesús Véliz  
Dra. María Jesús Vidal  
Dra. Pamela Wurmman  
Dra. Cynthia Zavala



## Premios presentación oral

### AL MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACION DEL CONGRESO

INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA

Autor Dr. Ugalde. et al.

### AL MEJOR CASO CLÍNICO DEL CONGRESO

TOXOCARIASIS COMO CAUSA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ATÍPICO. REPORTE DE UN CASO EN CHILE

Autor: Dra. Anneliese Montaña Kerdy et al.

### AL MEJOR CASO CLÍNICO PRESENTADO POR BECADOS

HISTOPLASMOSIS COMO DEBUT DE VIH, REPORTE DE UN CASO

Autor: Dr. Javier Uribe et al

DOLOR ABDOMINAL SÚBITO Y PARÁLISIS FACIAL CENTRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Autor: Dr. Alan Wiener Deutsch et al.



## TRABAJOS MODALIDAD ORALES



## TL 7 - HOMBRE DE 30 AÑOS CON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO E INFECCIÓN POR SARS-COV-2, PRESENTACIÓN INHABITUAL DE COVID-19.

**TIPO DE TRABAJO:** Casos Clínico

**AUTORES:** Weitz, Sebastián(1), Parra, Alfredo(1), Llancaqueo, Marcelo(2), Ihl, Fernando(3), Ramos, Cristóbal(4), Chaigneau, Ernesto(2).(1) Becado Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.(2) Cardiólogo, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.(3) Médico Internista, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.(4) Radiólogo, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad por coronavirus 19 o Covid-19, es una enfermedad infecciosa causada por el virus del síndrome respiratorio agudo grave tipo 2 o SARS-CoV-2. Principalmente afecta a los pulmones, pero se ha descrito compromiso cardíaco concomitante que se asocia a peor pronóstico. El compromiso cardíaco por sí sólo es una presentación infrecuente, siendo aún más raro el infarto agudo al miocardio como única expresión de la enfermedad.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 30 años sin antecedentes mórbidos o familiares relevantes y sin consumo de drogas, consultó por dolor retroesternal de inicio insidioso que evolucionó con aumento súbito de la intensidad con irradiación cervical, brazo izquierdo e interescapular, asociado a disnea, palpitaciones y diaforesis. Al ingreso destacó taquicardia, Electrocardiograma de 12 derivadas con supradesnivel del ST y descenso del segmento PR difusos, troponina 26.9 ng/ml (Valor normal [VN] < 0.03), parámetros inflamatorios elevados, Polymerase Chain Reaction SARS-CoV 2 (+) y Ecocardiograma Trans-Torácico con cavidades normales, Fracción de Eyección (FE) 55%, Strain longitudinal -18%, válvulas cardíacas normofuncionantes y sin derrame pericárdico. Se hospitalizó con el diagnóstico de mio-pericarditis secundaria a SARS-CoV 2. Evoluciona favorablemente sin dolor y disminución de troponinas. Se realizó Resonancia Nuclear Magnética cardíaca cuyos hallazgos fueron compatibles con infarto transmural inferolateral, por lo que se realizó una Coronariografía que evidenció oclusión distal de la arteria circunfleja, acinesia circunscrita en zona de transición postero-basal e inferior y FE 70%. Consecuentemente se inició anticoagulación y doble antiagregación. Paciente evoluciona favorablemente, ECG de control con Q patológica en DIII y AvF, y T invertida simétrica en DII, DIII, AvF, V4, V5 y V6, y troponina hasta 0.49 ng/ml antes del alta.

**DISCUSIÓN:** Todavía no hay claridad de los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la enfermedad por Covid-19 y hasta el momento no hay una terapia conocida, siendo el tratamiento de sostén y sintomático. Al compararlos con nuestro caso con otros reportes, difieren en varios aspectos: es joven, sin antecedentes mórbidos o familiares de importancia y nunca se evidenció compromiso pulmonar de por medio. Los reportes de pacientes jóvenes con compromiso cardíaco, generalmente son miopericarditis, con o sin compromiso pulmonar concomitante. Resulta difícil pensar que un paciente con estas características tenga un infarto al miocardio, pero considerando la inmunotrombosis que genera un estado de hipercoagulabilidad e hiperviscosidad, y en conjunto al daño endotelial por daño directo del virus, resulta factible pensar en fenómenos tromboticos a nivel coronario e infartos consecuentes. A medida que vayamos aprendiendo más de esta enfermedad, nos veremos enfrentados a nuevas formas de presentación que antes no considerábamos, y en algunas ocasiones sin compromiso pulmonar de por medio. Por lo tanto, sugerimos ampliar las posibilidades de diagnósticos diferenciales al momento de enfrentar a los pacientes Covid-19 y no llegar a un cierre precoz.



## TL 18 - INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Héctor Ugalde P., Pablo Romero A., Ignacio Cifuentes R.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La arritmia cardíaca más prevalente en la población es la fibrilación auricular (FA). La fibrilación auricular paroxística (FAP), como presentación aguda de FA, da cuenta del 25 y 64% de las FA. Es una causa común de consulta en urgencia y con frecuencia se asocia a la presencia de angina, cambios electrocardiográficos y/o ascenso de troponinas, hallazgos clínicos compartidos con enfermedad coronaria (EC). Hay descrito coexistencia de ambas patologías en hasta 32% para pacientes con FAP. Menos del 1% de P con FAP requieren revascularización. No hay estudios en Chile que caractericen la presencia de EC en pacientes con FAP.

**OBJETIVO:** Determinar incidencia y factores asociados a enfermedad coronaria severa en P que son estudiados por FAP y sospecha de EC.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Desde un registro prospectivo consecutivo de estudios angiográficos coronarios (AC) realizados entre los años 1992 y 2019 se seleccionaron a todos aquellos P estudiados por FAP con sospecha de EC, descartándose a aquellos con antecedentes de EC previa. Se registró: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, presentación clínica y electrocardiográfica, alteraciones de motilidad segmentaria en ecocardiografía, biomarcadores de necrosis miocárdica y conclusión angiográfica. Se describieron en una tabla las variables y luego se separaron los pacientes en dos grupos dependiendo de la presencia de enfermedad coronaria severa (lesión > 70% o tronco con lesión >50%). Se compararon ambos grupos en todas las variables estudiadas mediante test de chi cuadrado o U de Mann Whitney, con  $p < 0.05$  como significativo.

**RESULTADOS:** Se estudian con AC un total de 17726P, de éstos, 159 se estudiaron por FAP y sospecha de EC. 16 pacientes fueron excluidos por presentar antecedentes de EC previa. 143 pacientes cumplieron las condiciones del estudio, un 0.8% de todas las AC. En estos P la edad promedio fue de 65.5 años, 60% de sexo masculino, 68,5% tenían hipertensión arterial, 17,5% presentaron diabetes mellitus, dislipidemia un 13,3%, tabaquismo en 14% y obesidad en 13,3%. 60% de los P tuvieron angina, 37,8% presentaron elevación de biomarcadores, 6,3% cambios electrocardiográficos del segmento ST y 18,9% alteraciones en la motilidad segmentaria en la ecocardiografía. 14 P presentan EC severa en este grupo, 9.8% del total. Factores que resultaron asociados al grupo con EC severa fueron: sexo masculino y la presencia de hipertensión arterial. El sexo femenino resultó asociado al grupo sin EC severa.

**CONCLUSIÓN:** La presencia de EC severa en este grupo de P que ingresan con FAP y probable EC es menor a reportes previos, existiendo algunos factores asociados que ayudarían en la decisión de efectuar o no la AC. En la mayoría de estos pacientes la AC como primera evaluación de EC no parece prudente. Se deberían plantear alternativas para evitar procedimientos invasivos innecesarios, disminuyendo así los riesgos y costos para los pacientes.



## TL 44 - DIABETES Y SORDERA DE HERENCIA MATERNA: UN REPORTE DE CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Parada, Mauricio<sup>1</sup>; Ortiz-López, Nicolás<sup>2</sup>; Olea-Gangas, Carolina<sup>2</sup>; Rodríguez-Cabello, Jonathan<sup>2</sup>; Salinas, Andrea<sup>2</sup>; San Martín-Campos, Catalina<sup>2</sup>; Sepúlveda-Bravo, Andrés<sup>2</sup>; Marimán-Catrileo, Kidel<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Residente de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Interno(a) de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile <sup>3</sup>Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La diabetes y sordera de herencia materna (DSHM) es una forma rara de diabetes descrita por primera vez en 1992. Es un trastorno mitocondrial que se caracteriza por insulinopenia progresiva y pérdida auditiva neurosensorial, causada principalmente por una mutación por sustitución de A a G en la posición 3243 (m.3243A→G) en el ADN mitocondrial (ADNmt). Esta es la misma mutación que resulta en el síndrome de encefalomiopatía mitocondrial, acidosis láctica y episodios parecidos a un accidente cerebrovascular (MELAS).

La DSHM con frecuencia se diagnostica erróneamente como diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2, según la edad de la paciente y el modo de presentación. No obstante, la importancia de identificar a tales individuos con formas monogénicas de diabetes ha sido subrayada por el reconocimiento de que la respuesta al tratamiento es diferente de la de los individuos con diabetes mellitus. La metformina, el medicamento de primera línea más utilizado para la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), puede causar acidosis láctica en individuos con mutaciones patógenas del ADNmt.

**CASO CLÍNICO:** El caso índice es una mujer hispana de 46 años que fue diagnosticada con DM2 a la edad de 40 años. La altura y el peso de la paciente fueron de 150 cm y 38,5 kg, respectivamente, con un índice de masa corporal de 17,1 kg/m<sup>2</sup>, sin evidencia clínica de resistencia a la insulina. Su supuesta DM2 se manejó inicialmente con dieta y metformina, que no fue tolerada, por lo tanto, se inició glibenclamida. La paciente nunca había experimentado episodios de cetoacidosis diabética. No tenía retinopatía diabética, ni ninguna otra complicación de su diabetes, como nefropatía o neuropatía diabética. Su historial médico anterior incluía pérdida auditiva neurosensorial bilateral que fue diagnosticada a la edad de 36 años.

La historia familiar de la paciente era consistente con el diagnóstico de DSHM. Ella era una de dos gemelas monogóticas nacidas de padres no relacionados. Ella tenía un hijo que tenía síndrome de MELAS y murió de neumonía a la edad de 22 años. El hermano mayor de la paciente está sano. Su madre tenía diabetes y sordera. Esta historia familiar y las características clínicas de la paciente fueron consistentes con el diagnóstico de DSHM. Análisis genético. En el contexto del estudio del hijo de la paciente con síndrome de MELAS, la familia se sometió a un estudio genético que reveló la presencia de la mutación m.3243A→G del gen MT-TL1. El ADNmt se extrajo de las muestras tomadas a través de la técnica de reacción en cadena de la polimerasa y la posterior digestión por enzima de restricción para detectar la presencia de la mutación m.3243A→G del gen MT-TL1. Se utilizó un método semicuantitativo para detectar el porcentaje de heteroplasmia, el estudio muestra la presencia de la mutación en el ADN obtenido de la sangre (heteroplasmia inferior al 10%).

**DISCUSIÓN:** La DSHM es un diagnóstico importante a considerar cuando se enfrenta un paciente con diabetes y sordera desde una edad temprana, especialmente si no hay signos de insulino-resistencia. Conocer el diagnóstico correcto permitiría adaptar la conducta terapéutica y proporcionar consejería genética.



## TL 46 - TOXOCARIASIS COMO CAUSA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ATÍPICO. REPORTE DE UN CASO EN CHILE.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Anneliese Montaña Kerdy<sup>1</sup>, Rocío Silva Guzmán<sup>2</sup>, Cristián Vargas Goldsmith<sup>3</sup>, Joaquín Siñiga Tomasevic<sup>3</sup>, Catalina Leal Salinas<sup>3</sup>. 1Médico General, Hospital de Panguipulli, 2Interna de Medicina. Universidad de Talca, 3Interno (a) de Medicina. Universidad de los Andes.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La toxocariasis es la infección en el humano por el parásito nemátodo *Toxocara canis* o *Toxocara cati*, transmitido por perros y gatos respectivamente. La infección se produce por la ingesta de huevos embrionados. Las manifestaciones clínicas son variables, pudiendo presentarse desde una infección subclínica hasta una enfermedad grave con gran afectación de órganos como hígado, pulmón y ojos, siendo la infección del sistema nervioso algo inusual.

**CASO CLÍNICO** Paciente masculino de 48 años con antecedentes de Hipertensión Arterial Crónica de mal control. Es derivado de Atención Primaria de Salud por un cuadro de hemiparesia izquierda y confusión. Refiere haber presentado en los días previos dolor abdominal, vómitos y anorexia. Al ingreso paciente se encuentra en buenas condiciones generales, al examen neurológico se constata déficit motor mayor a izquierda braquiocrural y confusión. En los exámenes de laboratorio destaca en el hemograma una leucocitosis de 13.900 con eosinofilia 29.1%, perfil hepático: Aspartato aminotransferasa: 31 Alaninoamino transferasa: 18 Fosfatasa Alcalina: 180 Proteína C-Reactiva: 4.2. Pruebas de coagulación y función renal sin alteraciones. Se realiza un TAC de cerebro que evidencia lesiones frontales derechas. Se decide hospitalización en Servicio de Neurología con el diagnóstico de Accidente Cerebrovascular isquémico, evolucionando con deterioro neurológico por lo que requiere trasladado a Unidad de Paciente Crítico. Se realiza TAC de cerebro de control que evidencia múltiples infartos limitrofes bilaterales confluentes con tres pequeños focos de transformación hemorrágica. Paciente se somete a estudio de fuente embolígena con AngioTAC de vasos de cuello y cerebro, Ecocardiograma transtorácico y holter de ritmo, sin hallazgos patológicos en ninguno de ellos. En los exámenes iniciales destacaba una hipereosinofilia con IgE elevada, por lo que se planteó la posibilidad de parasitosis del Sistema Nervioso Central. Se realizó estudio con PCR de líquido cerebro espinal y pruebas serológicas. La serología resultó en IgG positiva para toxocariasis, resto de los exámenes negativos para otros agentes. Se inició por indicación de Infectología Albendazol y Prednisona, paciente evoluciona favorablemente con mejoría en déficit motor.

**DISCUSIÓN:** La toxocariasis es una infección parasitaria común en zonas endémicas y ocurre por el consumo accidental de huevos embrionados del nemátodo *Toxocara* spp. La toxocariasis cerebral puede originar meningitis, encefalitis, mielitis, vasculitis cerebral y ACV iterativos. El diagnóstico de certeza es la visualización de larvas en el estudio histológico del tejido afectado. Clínicamente el diagnóstico se hace en base al cuadro clínico; eosinofilia, serología positiva para *Toxocara* e imagen compatible. La TAC y RM pueden mostrar lesiones en regiones subcorticales No existe un tratamiento demostrado, justificándose el uso de antiparasitarios que traspasen la barrera hematoencefálica, como Albendazol. El uso asociado con corticoides ha demostrado suprimir reacciones alérgicas intensas, además de un modesto rol disminuyendo los síntomas neurológicos asociados a la respuesta inflamatoria.



## TL 87 - TUBERCULOSIS PERITONEAL: UN DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Briones, Felipe (1), Pulgar, Silvana (2), Rosende, Juan Pablo (2), Robles, David (2), Zamorano, Daniela (2), Madrid, Salvador (3). 1Becado medicina interna, Universidad de Chile.2Interno Medicina, Universidad de Chile.3Médico internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La infección por *Mycobacterium tuberculosis* (M.T) es una de las principales causas infecciosas de muerte en adultos a nivel mundial. La tuberculosis (TB) abdominal da cuenta de un 5% de los casos, pudiendo comprometer el tracto digestivo, peritoneo, linfonodos y/o órganos sólidos. Entre sus factores de riesgo se encuentra la infección por VIH, diabetes mellitus, neoplasias y el uso de peritoneodiálisis. La manifestación clínica de la TB peritoneal incluye ascitis (93%), dolor abdominal (73%) y fiebre (58%). El diagnóstico definitivo se establece con la demostración de M.T en líquido ascítico o biopsia del sitio afectado.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 31 años, con antecedente de conización el 2015 y cesárea el 2018. Consulta por cuadro de 3 semanas de fiebre intermitente hasta 40°C. Inicialmente se trata como infección del tracto urinario por examen de orina alterado. Evoluciona con tos, vómitos, diarrea y aumento de volumen abdominal. Se hospitaliza con diagnóstico de pielonefritis aguda, sin respuesta a tratamiento, se rescata urocultivo que resulta negativo. Ecografía abdominal muestra abundante líquido abdominal y derrame pleural basal derecho. Tomografía computada de tórax abdomen y pelvis (TC-TAP) destaca moderado derrame pleural bilateral, atelectasias pasivas, ascitis asociada a engrosamiento e hiperrealce en peritoneo y aumento de la densidad de aspecto nodular en omento sugerente de carcinomatosis peritoneal, lesiones anexiales quísticas bilaterales, y signos de nefritis bilateral. Evaluación ginecológica examen físico sin alteraciones, ecografía transvaginal evidencia abundante líquido libre ocupando la pelvis. Destaca elevación de PCR, VHS y CA-125, se desestima patología gineco-oncológica. Estudio inmunológico sin alteraciones. VDRL, VHB, VHC y VIH no reactivos. Líquido ascítico y pleural con predominio mononuclear, baciloscopia, Genexpert, y citología para células neoplásicas negativo. Se toma PPD(+). Endoscopia digestiva alta sin hallazgos patológicos. Colonoscopia muestra pólipo de 5mm en colon transversal, se reseca (biopsia con pólipo inespecífico). En nueva TC-TAP se observa leve disminución de derrame pleural derecho, broncograma en ambas bases, menor volumen de ascitis, adenopatías con centro hipodenso en región meso ileocólica, persistencia de engrosamiento en omento y peritoneo y quiste anexial izquierdo. Se realiza laparotomía para toma de biopsia peritoneal. Cursa con shock séptico de foco abdominal tras tiempo quirúrgico. Paciente evoluciona con buena respuesta, completa antibioterapia endovenosa por 7 días y se da el alta. Se rescata biopsia de muestra peritoneal compatible con tuberculosis peritoneal, iniciándose terapia anti TB. Paciente evoluciona de forma favorable, con mejoría progresiva de ascitis y dolor abdominal. **DISCUSIÓN:** La TB peritoneal es una forma poco frecuente de afectación extrapulmonar. El diagnóstico diferencial incluye el linfoma, carcinomatosis peritoneal, tumores ováricos y mesotelioma. Dada su clínica inespecífica, la sospecha clínica sigue siendo fundamental para la búsqueda dirigida del patógeno.



## TL 96 - MUCORMICOSIS DISEMINADA EN PACIENTE CON TRATAMIENTO CORTICOIDAL POR COVID-19: REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Reyes, Tomás<sup>1</sup>; Castro, Josefina<sup>2</sup>; Vargas, Camila<sup>2</sup>; Rodríguez, Nicolás<sup>1</sup>; Núñez, Carolina<sup>1</sup>; Rebagliati, Ricardo<sup>3</sup>; <sup>1</sup>Residente Enfermedades Infecciosas del Adulto, Pontificia Universidad Católica de Chile; <sup>2</sup>Interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile; <sup>3</sup>Departamento de Enfermedades Infecciosas del Adulto, Pontificia Universidad Católica de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La mucormicosis es una infección fúngica agresiva que afecta a pacientes inmunosuprimidos y corresponde al 1,6% de todas las infecciones fúngicas invasoras. Las especies más comunes son *Rhizopus* spp. (47%) y *Mucor* spp. (18%). El espectro clínico es variable, siendo lo más común la infección rino-orbital-cerebral (34%), seguido por pulmonar (21%) y cutánea (20%). La infección diseminada se presenta en el 14% de los casos y los factores de riesgo más importantes para su desarrollo son la diabetes de mal control, terapia corticoidal en altas dosis y neutropenia persistente, entre otros. Esta es una infección grave, cuya mortalidad se ha descrito entre 58-100%. Se presenta el caso de un paciente diabético con infección diseminada por *Rhizopus microsporus* posterior a la administración de terapia corticoidal en contexto de neumonía grave por COVID-19. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 54 años, diabético en regular control (HbA1c 8,8%), no insulino requirente, sin cetoacidosis, VIH negativo. Hospitalizado por neumonía COVID grave con requerimientos de ventilación mecánica invasiva y terapia corticoidal por 12 días con 5 pulsos de metilprednisolona 125 mg y luego decalaje con hidrocortisona. Además, inicia anticoagulación por fibrilación auricular. No recibe otros inmunosupresores. A la semana de hospitalización presenta deterioro clínico, con fiebre y aumento de parámetros inflamatorios (PCR 36 mg/dl, procalcitonina 50 ng/ml). Tomografía computada de tórax informa nódulo pulmonar derecho cavitado con signos de probable sobreinfección. Cultivo de aspirado endotraqueal informa desarrollo de *Rhizopus microsporus* y se inicia anfotericina B liposomal 5 mg/Kg/día. En fibrobroncoscopia se aprecia lesión cavitada con bordes necróticos, biopsia transbronquial confirma presencia de hongo filamentos. Cultivo del lavado broncoalveolar informa el mismo agente, con resultados negativos para otros microorganismos. Dos semanas después, se detecta nódulo eritematoso en pared torácica. Cultivo muestra desarrollo de *Rhizopus microsporus*, por lo que se aumenta dosis de anfotericina a 7.5 mg/kg/día y se solicita resonancia magnética cerebral en búsqueda de otros focos de diseminación, la que muestra lesiones parenquimatosas hemorrágicas e isquémicas con morfología sugerente de compromiso fúngico, fuera del alcance terapéutico. Paciente fallece al día siguiente.

**DISCUSIÓN:** El uso de corticoides en altas dosis como terapia para el manejo de las neumonías graves por SARS CoV-2 ha aumentado la inmunosupresión en los pacientes hospitalizados. Esto, sumado a la invasión de la vía aérea, estadía prolongada en una unidad crítica y la presencia de comorbilidades que alteran la inmunidad, tal como se presenta en este caso, aumentan el riesgo de desarrollar una infección fúngica invasora. En el contexto epidemiológico actual, infecciones fúngicas infrecuentes como la mucormicosis diseminada por *Rhizopus microsporus* podrían aumentar significativamente su incidencia. Se requiere un alto índice de sospecha en estos casos, dado que el tratamiento exitoso depende del diagnóstico oportuno y de la reversión de los factores predisponentes.



## TL 106 - PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN ENTRE ÚLCERA PÉPTICA E INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN 24 MESES.

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Melgarejo, Paula<sup>1</sup>, Tolosa, Matias<sup>2</sup>, Huerta, Mitsuko<sup>2</sup>, Carrasco, Matías<sup>2</sup>, Fuentes, Martín<sup>2</sup>, Quezada, Paula<sup>2</sup>, Palacios, Eduardo<sup>2</sup>, Ramírez, Joaquín<sup>2</sup>, Sabat, Rodrigo<sup>2</sup>, San Martín, Diego<sup>3</sup>. <sup>1</sup> Residente de medicina interna, Universidad de Concepción, Concepción Chile. <sup>2</sup>Alumno Quinto Año medicina, Universidad de Concepción, Concepción Chile. <sup>3</sup>Gastroenterólogo, Hospital Las Higueras, Talcahuano.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El principal factor de riesgo para desarrollar úlcera péptica (UP) es la infección por Helicobacter pylori (HP), cuya prevalencia en Chile varía entre 60 y 79%, y en pacientes con UP entre 46-51%. La prevalencia de UP ha disminuido a nivel mundial en las últimas décadas, actualmente variando entre un 0.1 y 1.5%. En Chile, las últimas series las describen entre un 5-15%. El objetivo de este estudio fue describir la asociación entre úlcera péptica e infección por HP en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta (EDA).

**MÉTODO:** Estudio analítico transversal. La población de estudio fue de 850 pacientes con test de ureasa (TU) realizado bajo EDA, entre julio de 2018 y junio de 2020, con reporte de úlcera péptica presente o ausente descrita en la ficha clínica. Se incluyeron datos demográficos como edad y sexo. Se realizó análisis univariado, utilizando software estadístico SPSS.

**RESULTADO:** El promedio de edad de la muestra fue de 55,4 años, con un rango etario entre 8 y 94 años. Un 67,57% (n=546) fueron mujeres. Se encontró una prevalencia del 14,8% (n=126) de úlcera péptica y 41,6% (n=354) de infección por HP. La coexistencia de infección por HP y úlcera péptica fue de 33,3% (n=42), mientras que un 66,7% de los portadores de UP no presentaron dicha infección. Adicionalmente, se encontró un OR de 0,66 entre la presencia de infección por HP y UP (OR=0,66; IC 95% (0,443-0,984); p=0,05).

**CONCLUSIÓN:** La prevalencia de infección por HP en pacientes con UP es menor a la reportada a nivel nacional, evidenciándose una asociación negativa entre estas variables en la muestra analizada. Estos hallazgos sugieren una mayor importancia de otros factores de riesgo para el desarrollo de UP en la población estudiada.



## TL 150 - PNEUMATOSIS INTESTINAL POR ISQUEMIA EN PACIENTE CON COVID-19 Y NEOPLASIA MIELOPROLIFERATIVA JAK2(+). A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** González, Franciso<sup>1</sup>, Riquelme, Camila<sup>1</sup>, Aguilera, Felka<sup>1</sup>, Fuenzalida, Juan Pablo<sup>1</sup>, Guidotti Francesca<sup>2</sup>, González José Tomás<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios. <sup>2</sup>Medico Internista, Becado Hematología, Hospital San Juan de Dios.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Es bien conocido el riesgo trombotico de las neoplasias mieloproliferativas, además del riesgo por se de las mutaciones de JAK2. Se reconoce que la enfermedad COVID-19 genera un estado protrombotico, por lo que la tromboprolifaxis y anticoagulación son pilares importantes en su tratamiento. Así, se han descrito tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda (TVP) e isquemia mesentérica. Se presenta un caso de pneumatosis intestinal por microtrombos en contexto de infección por COVID-19 en un paciente con policitemia vera (PV) JAK2 V617F (+) en tratamiento con ruxolitinib.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 59 años, hipertenso, diabético, asmático y con PV en tratamiento con Ruxolitinib, sin aspirina. Consulta en urgencia por cuadro de 8 días caracterizado por tos seca, cefalea, mialgias y disnea progresiva. Ingresa saturando 88% con mascarilla con reservorio. PCR-COVID-19 (+). PCR influenza A/B/VRS (-). Hb 12g/dl, Hto 36%, GB 9680 RAN 8324/uL RAL 387/uL RAM 871/uL Plaquetas 348000/uL, TP 80% TTPA 37seg, LDH 763U/L Láctico 23.4 mmol/L, Creatinina 1.24mg/dl. Gases arteriales pO<sub>2</sub> 57 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 28 mmHg, pH 7.44, HCO<sub>3</sub> 18 mmol/L, ferritina 430 ng/ml, dímero D 6.9 ug/ml, troponinas T 12. AngioTC de tórax: extenso compromiso del parénquima pulmonar multifocal bilateral, concordante con COVID-19, sin tromboembolismo pulmonar (técnica subóptima). Se inicio Ceftriaxona/Azitromicina, dexametasona y tromboprolifaxis con dalteparina. A las 24hrs presenta deterioro respiratorio que requiere ventilación mecánica invasiva. Al día 7 ausencia de deposiciones, abdomen distendido, vómitos biliosos, fiebre y aumento de parámetros inflamatorios; oligoanuria y aumento de presión intrabdominal. AngioTC de abdomen y pelvis: pneumatosis del ciego en contexto de isquemia (hipoperfusión o microtrombosis). Se realiza laparotomía exploradora: hipoperfusión a nivel de colon descendente, se realiza descompresión de colon e intestino delgado y apendicectomía. Se re-explora a las 48hrs, sin hallazgos de complicación visceral. Inició anticoagulación con dalteparina, evolucionando favorablemente logrando realimentarse por vía oral. Score de Padua = 8 puntos. Dado alto riesgo cardiovascular y trombotico se realiza traslape a acenocumarol asociado a aspirina y se reinicia Ruxolitinib. Alta en buen estado general.

**DISCUSIÓN:** La pneumatosis intestinal es la presencia de gas en el espacio intramural intestinal y se observa en condiciones isquémicas graves. En el AngioTC se puede ver disminución del espesor de la pared intestinal, dilatación, pneumatosis o gas venoso portal. El paciente presenta alto riesgo trombotico por la PV JAK2(+), además de alto riesgo cardiovascular por sus otras patologías crónicas. En contexto COVID-19 este riesgo basal rebasa el umbral trombotico y son esperables fenómenos como los descritos en el caso. Por la suma de factores y bajo riesgo hemorrágico, se decidió una estrategia combinada con acenocumarol y aspirina (por compromiso arterial). Dada la buena respuesta hematológica, se mantuvo la terapia con ruxolitinib. La rápida resolución del cuadro abdominal derivó en una evolución favorable. Es importante individualizar el riesgo en COVID-19.



## TL 166 - CRIPTOCOCOSIS PULMONAR EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CUSHING

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Lavagnino Giuliana<sup>1</sup>, Tapia Julio<sup>1</sup>, Irisarri Miren<sup>1</sup>, Vega Jorge<sup>2</sup> <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Universidad Valparaíso <sup>2</sup>Nefrólogo, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Cushing (EC) es la causa más frecuente de síndrome de Cushing (SC) dependiente de corticotrofina (ACTH), producido en la mayoría de los casos por un microadenoma hipofisiario. Dentro de las manifestaciones clínicas del SC, se encuentran las infecciones oportunistas, producto de la inmunosupresión generada por el exceso de corticoides. En este contexto la criptococosis pulmonar es infrecuente. Los sitios anatómicos más afectados corresponden al meníngeo y al pulmonar y su tratamiento va a depender de la localización y la gravedad de la infección.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Se presenta el caso de una mujer de 59 años con antecedentes de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y gastrectomía total hace 2 años por cáncer gástrico. Desde hacía diez meses presentaba debilidad muscular, caídas frecuentes y fragilidad capilar. Al examen físico destacaban equimosis difusas y atrofia muscular proximal. Los exámenes de laboratorio mostraron hiperglicemia, hipokalemia, alcalosis metabólica, neutrofilia y linfopenia. Por alta sospecha de hipercortisolismo se solicitó cortisol libre urinario, cuyo resultado fue de 1810 ug/24 horas (VN: <40). El cortisol plasmático, niveles de ACTH y un test de Liddle confirmaron la sospecha. La resonancia magnética mostró un adenoma hipofisiario de 10 mm y el scanner (TC) de tórax una lesión excavada en la región apical del lóbulo superior izquierdo. Como no se podía descartar un SC ectópico, se efectuó un lavado broncoalveolar (LBA), con citología para células neoplásicas, cultivo corriente, micológico, baciloscopia y reacción en cadena de polimerasa (PCR) para tuberculosis, resultando todas las determinaciones negativas. Ingresó dos meses después para resección del adenoma hipofisiario, la que se suspendió por celulitis de extremidad inferior izquierda. Un nuevo TC de tórax evidenció un mayor tamaño de la lesión pulmonar. Se realizó un nuevo LBA al que se solicitó cultivo para micobacterias atípicas, galactomanano, PCR universal para bacterias y hongos, resultando todos negativos. Una biopsia pulmonar percutánea guiada por TC mostró un proceso inflamatorio crónico asociado a estructuras compatibles con criptococo. El análisis del líquido cefalorraquídeo fue normal. Se inició tratamiento con fluconazol con el diagnóstico de criptococosis pulmonar.

**DISCUSIÓN:** Diferenciar el origen hipofisiario del ectópico en el SC dependiente de ACTH, es siempre un desafío. Los estudios hormonales forman parte del pilar diagnóstico y deben realizarse de forma secuencial. Una vez obtenido el diagnóstico bioquímico, se debe proceder al estudio con imágenes. En este caso, como hallazgo imagenológico, se objetivó una lesión pulmonar excavada que inicialmente hizo sospechar un origen neoplásico del SC, pero terminó resultando una complicación de la enfermedad. La criptococosis pulmonar se observa principalmente en pacientes inmunodeprimidos y va desde una infección asintomática hasta una infección mortal. El diagnóstico se realiza a través de cultivos, antígeno capsular de criptococo en sangre o LCR y biopsia. El tratamiento en infecciones no meníngeas leves a moderadas es con fluconazol por 6 a 12 meses.



## TL 177 - DOLOR ABDOMINAL SÚBITO Y PARÁLISIS FACIAL CENTRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO EN TIEMPOS DE PANDEMIA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Wiener, Alan<sup>1</sup>, Hassi, Isabel<sup>2</sup>, Valenzuela, Bárbara<sup>2</sup>, Hepp, Juan<sup>3</sup>, Sancho, Felipe<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Universidad de los Andes. <sup>2</sup>Médicos Internistas, Hospital Militar de Santiago. <sup>3</sup>Internos de 7mo año Medicina, Universidad de los Andes.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Se ha demostrado que la enfermedad COVID-19 (Coronavirus Disease en inglés) se asocia a coagulopatía y enfermedad tromboembólica. Se han descrito casos de trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, accidente cerebrovascular (ACV) isquémico, infarto agudo al miocardio, infarto renal e isquemia aguda de extremidades. En promedio se presentan alrededor del décimo día desde el inicio de síntomas, en la fase hiperinflamatoria, y se correlaciona con la severidad. La incidencia en casos severos oscila entre 18-69%, existiendo limitados reportes en casos no severos. Fisiopatológicamente se postulan mecanismos de inmuo trombosis y endotelopatía. La elevación del dímero D (DD) sobre 1000 ug/L ha sido el principal factor pronóstico reconocido.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 62 años, sin comorbilidades. Antecedente de hospitalización reciente de 7 días por neumonía por SARS CoV-2 en Sala Medicina, en donde requirió oxígeno por cánula nasal de alto flujo y corticoterapia. Dentro de los exámenes de severidad contamos con linfocitos absolutos 3910 K/uL, ferritina 6546 ug/L, dímero D 1265 ug/L, PCR 165 ¿? y LDH 350 U/L. Evoluciona favorablemente, con disminución de dímero D a 700 ug/L y ferritina a 2.000 ug/L, siendo dado de alta asintomático. Consulta 3 días después (en su día 20 de síntomas), por dolor abdominal intenso de inicio súbito en cuadrante inferior izquierdo. Se asocia a disartria, sin otra focalidad neurológica. Niega otros síntomas. Ingresa con hemodinamia estable y afebril. Al examen físico destaca desviación de comisura labial a derecha y abdomen sensible a la palpación en flanco izquierdo. Electrocardiograma en ritmo sinusal, sin signos de isquemia. Dentro de los exámenes de laboratorio destaca leucocitosis 20.600 K/uL, trombocitosis 527.000 K/uL, PCR 6.4 y LDH 306 U/L, con función renal normal. Se solicita AngioTC de abdomen y pelvis y AngioTC de cerebro, informando infarto renal izquierdo además de trombo no oclusivo en aorta abdominal infrarrenal, e isquemia en territorio transicional cerebral medio - cerebral posterior derecha, respectivamente. Se hospitaliza para anticoagulación y prevención secundaria de ACV. Estudio básico de cardio embolías resultó negativo. Se desestimó estudio de trombofilias. Fue dado de alta con terapia anticoagulante con antagonistas de vitamina K.

**DISCUSIÓN:** Considerando que el estado protrombótico se debe principalmente al estado hiperinflamatorio, y no a la actividad intrínseca del virus, llama la atención que este paciente presente tres trombosis sincrónicas en territorios vasculares distintos, al día 20 de síntomas, estando asintomático y con parámetros inflamatorios y DD en vías de normalización. Lo anterior, sugiere que se debe mantener la sospecha posterior alta, explicando los signos de alarma para re consulta precoz. La decisión de anticoagulación se ha convertido en uno de los mayores desafíos. Existe controversia sobre su uso profiláctico. Además, no está definida la duración de tratamiento una vez presentada trombosis, ni tampoco el tipo de terapia. Por último, no está claro la necesidad de ampliar estudio de trombofilias.



## TL 204 - HEPATITIS AGUDA POR COINFECCIÓN DE VIRUS HEPATITIS B Y VIRUS EPSTEIN BARR, REPORTE DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** López, María Ignacia<sup>1</sup>, Pérez, Ignacio<sup>1</sup>, Bergen, María José <sup>2</sup>, Hepp, Juan<sup>2</sup>, Jaramillo, Manuel<sup>2</sup>, Rodríguez, Sofía<sup>2</sup>, Diez, Alberto <sup>3</sup>, Bustos, César <sup>4</sup>. <sup>1</sup>becado (a) Medicina Interna, Universidad de los Andes. <sup>2</sup> interno (a) Medicina 7mo año, Universidad de los Andes. <sup>3</sup>médico Internista, Hospital Militar de Santiago.<sup>4</sup> Médico Infectólogo, Hospital Militar de Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La infección por virus hepatitis B (VHB) es un problema de salud mundial, estimándose que 248 millones de personas en el mundo son portadoras crónicas (1). Frente al diagnóstico de infección por VHB es importante descartar otras coinfecciones virales que tienen implicancias pronósticas: virus hepatitis C (VHC), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), entre otros (2).

El virus Epstein Barr (VEB) tiene una alta prevalencia a nivel mundial, encontrándose serología IgG positiva hasta en 95% de los adultos (3). No obstante, la coinfección aguda de VEB y VHB ha sido raramente reportada. El primer caso de hepatitis aguda por ambos virus fue publicado el año 2017 (4). A continuación, se presenta un nuevo caso de hepatitis con expresión serológica positiva para ambos agentes infecciosos.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 27 años con antecedente de trastorno bipolar consultó en servicio de urgencias (SU) por cuadro de 5 días de evolución caracterizado por escalofríos, fiebre, odinofagia y tos seca; a lo que posteriormente se agregó vómitos repetitivos, náuseas, anorexia y dolor abdominal difuso; sin diarrea. Negaba consumo de alcohol excesivo o drogas hepatotóxicas. Relataba un episodio de contacto sexual de riesgo tres meses atrás. Al examen físico se encontraba normocárdico, normotenso, afebril, con leve ictericia de escleras y abdomen sensible difusamente, sin signos de irritación peritoneal. Se tomaron exámenes en SU entre los cuales destacan parámetros inflamatorios elevados, junto con patrón hepatocelular al perfil hepático: Bilirrubina total 5,7 mg/dL; Bilirrubina directa 3,9 mg/dL; Aspartato aminotransferasa (AST) 1230 U/L; Alanina aminotransferasa (ALT) 3654 U/L; Gamma glutamil transpeptidasa (GGT) 243 U/L, Fosfatasa alcalina 199 U/L. Se decidió hospitalización por hepatitis aguda en estudio, durante la cual se tomaron serologías en busca de causa etiológica: Antígeno de superficie VHB positivo en título de 811; Anticuerpos anti core total VHB > 8; IgM VEB 65 U/mL (valor normal hasta 25) e IgG VEB > 400 U/mL (valor normal hasta 25); Serología Virus Hepatitis A y C negativas. Serología VIH negativa. El paciente evolucionó favorablemente, con resolución sintomática completa, sin desarrollo de coagulopatía ni encefalopatía. Tras 7 días de hospitalización fue dado de alta.

**DISCUSIÓN:** La coinfección por VHB con VHC o VIH reporta peor pronóstico de la enfermedad hepática, con mayor riesgo de progresión a cirrosis y desarrollo de hepatocarcinoma (2). No obstante, existen limitados reportes en la literatura de coinfección entre VHB y VEB generando cuadro de hepatitis aguda, por lo que las consecuencias pronósticas de la coinfección son desconocidas. El primer caso reportado fue en 2017 en Columbia, Estados Unidos (4); evolucionó con coagulopatía y ascitis, y posteriormente con daño hepático crónico por VHB.

En ausencia de mayor experiencia con esta co-infección, nos pareció interesante ofrecer un seguimiento estrecho, y considerar la naturaleza transitoria de la infección aguda por VEB mientras se realizaba el tratamiento antiviral contra el VHB.



## TL 222 - EPIDEMIOLOGÍA DEL LINFOMA DE HODGKIN EN ARICA, CHILE 2014 - 2019

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Pérez Rivera Veronica<sup>1</sup>, Osorio Paredes Rocío<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital Juan Noe Crevani. <sup>2</sup>Hematóloga, Hospital Juan Noe Crevani

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El Linfoma de Hodgkin (LH) es una neoplasia hematológica infrecuente. La incidencia internacional 0,97/100.000 habitantes el 2018. Se dividen en 2 grandes grupos, LH clásico y LH no clásico. En países en vías de desarrollo, la mayoría de los casos de LH clásico son celularidad mixta y depleción linfocitaria que se asocian con infección por VEB. En áreas desarrolladas predomina esclerosis nodular con 70%, celularidad mixta 20-25%, rico en linfocitos 5% y depleción linfocitaria <1%.

En Chile la incidencia el 2019 es de 0,8/100.000 habitantes. La distribución hasta el año 2007 se describe que un 41% de LH son celularidad mixta y 41%, esclerosis nodular. Particularmente en Arica se describe hasta el año 2014 un 60% celularidad mixta.

**MÉTODO:** Se realiza un estudio retrospectivo de pacientes desde el año 2014 al 2019, se obtienen datos por revisión de fichas.

**RESULTADOS:** Se analiza un total de 16 casos. Incidencia de 1,17/100.000 habitantes por año. Edad media de 45 años. El 100% de los casos son LH clásicos, de los cuales el 75% son celularidad mixta, 18,9% esclerosis nodular, 6,3% depleción linfocitaria y ningún caso subtipo rico en linfocitos. El 56% de los casos se diagnosticaron en etapa IV. El 43% de los casos son sexo femenino. El 56% de los casos se diagnosticaron en etapa IV y un 43,8% tiene score Hasenclever desfavorable. Un paciente con VIH, y es de subtipo depleción linfocitaria.

**DISCUSIÓN:** En Arica hay una mayor incidencia respecto al indicador del país, y el diagnóstico tiende a ser tardío. Si bien la distribución de subtipos en Chile se asemeja a la de países en vía de desarrollo, en nuestra región, esto cambia asemejándose a los países menos desarrollados, donde predomina la celularidad Mixta.



## TL 238 - POLINEUROPATÍA PERIFÉRICA COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Bustamante, Carmen<sup>1</sup>, Cuadros, Matías<sup>1</sup>, Lea, Rodrigo<sup>1</sup>, Riquelme, Camila<sup>1</sup>, Rojas, Camila<sup>1</sup>, Vásquez, Patricia<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna Universidad de Chile. <sup>2</sup>Internista Hospital San Juan De Dios.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica multisistémica con manifestaciones clínicas complejas. Afecta a múltiples órganos, con síntomas específicos según su localización. Tanto el Sistema Nervioso Central (SNC) como el sistema nervioso periférico (SNP) pueden estar comprometidos. A nivel del SNC las alteraciones pueden ser difusas con disfunción cognitiva, trastornos del humor y psicosis; o focales y presentarse como accidentes cerebrovasculares. En cuanto el compromiso del SNP la neuropatía periférica se ha descrito en 10% de los pacientes. El tipo de neuropatía es sensitivo motora, aunque la mononeuritis múltiple, la polirradiculopatía y la neuropatía autonómica también se han informado. La degeneración axonal con desmielinización es el hallazgo más común. En este reporte se presenta a una paciente que consulta por parestesias e hipoestesia progresiva asimétrica de ambas extremidades inferiores (EEII).

**CASO CLÍNICO:** Paciente sexo femenino de 54 años, con antecedente de caída de altura con fractura de vértebras lumbares hace 30 años. Presenta cuadro de 2 meses de parestesias e hipoestesia progresiva de extremidad inferior izquierda (EII), inicialmente en planta y dorso del pie y luego hasta el tercio medio de la pierna izquierda y ortos del pie derecho. También, baja de peso no cuantificada sin cambios en el apetito y rigidez matinal de dedos de manos y tobillos simétricos. Ingresa para estudio. En examen físico destaca hipoestesia en calcetín de EII, sin patrón radicular; moviliza 4 extremidades, M0 tibial anterior izquierdo. RM Columna lumbar con severa raquiestenosis central L3-L4 que comprime cauda equina. En el laboratorio inicial destaca anemia moderada normocítica, sin otros hallazgos. Evaluada por neurología, lesión medular no explicaría el nivel sensitivo/motor de la paciente, se sospecha polineuropatía periférica. Estudio ampliado sin signos de hemólisis, ni otras citopenias en hemograma. Sin falla renal, orina completa sin alteraciones. ANA 1/640 (patrón homogéneo AC-1), ENA positivo con Anti-Ro positivo, Anti-DNA positivo, C3 bajo. Factor reumatoideo, Anti-CCP y ANCA negativos. TAC de tórax-abdomen y pelvis con derrame pericárdico leve. Electromiografía demuestra polineuropatía mixta de predominio sensitivo, crónico, simétrico, axonal moderado. Se diagnostica LES con neuropatía periférica secundaria.

**DISCUSIÓN:** En este caso, dado los hallazgos de la RNM se manejó inicialmente como una patología neuroquirúrgica, sin embargo, las raíces afectadas no guardan relación con los territorios comprometidos por el proceso neuropático. La presencia de síntomas constitucionales, rigidez articular y anemia hicieron sospechar una causa alternativa, que se confirma con el estudio reumatológico. Se inició tratamiento corticoideo con buena respuesta clínica, logrando M5 en 4 extremidades. Las patologías autoinmunes si bien son poco frecuentes, son causa de este tipo de trastornos, siendo de suma importancia ahondar en la anamnesis y sintomatología de la paciente para establecer la sospecha diagnóstica.



## TL 267 - TROMBOLISIS INTRAVENOSA EN ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 130 CASOS.

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Gallardo, Daniela<sup>1</sup>; Aguila, Camila<sup>2</sup>; Hott, Carlos<sup>2</sup>; Henríquez, Annia<sup>2</sup>; Soldán, Hardy<sup>2</sup>; Silva, MA Teresa<sup>3</sup>; Kreisel, Ricardo<sup>4</sup>; Toloza, Cristian<sup>4</sup>; Rivera, Mario<sup>4</sup>. 1Becada Medicina Interna, Universidad San Sebastián. 2Interno de medicina Universidad San Sebastián. 3Unidad de Epidemiología, Escuela de Medicina, Universidad San Sebastián. 4Neurólogo, Servicio Neurología, Hospital Puerto Montt, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El ataque cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de morbimortalidad en Chile, siendo el más frecuente el tipo isquémico (ACVi). Los principales factores de riesgo de ACVi incluyen edad, sexo, hipertensión, fibrilación auricular, tabaquismo, entre otros. Desde el año 1995 se encuentra validada la trombolisis intravenosa (TIV), extendiéndose su ventana de acceso el año 2008, lográndose reducción significativa de discapacidad y dependencia a tres meses en comparación al manejo estándar.

El objetivo de este estudio observacional es describir la experiencia en la Unidad de Tratamiento del Ataque Cerebrovascular de la implementación de TIV desde su instauración el año 2013 hasta el año 2019.

**METODOLOGÍA:** Se utilizó protocolo TIV local basado en las guías de manejo de ACVi de MINSAL y AHA, para efectos de criterios de inclusión, exclusión, y dosis de alteplase. La estimación de la severidad del compromiso neurológico se realizó mediante escala National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) que comprende un rango de 0 a 42 puntos, realizándose trombolisis entre 5 y 25 puntos, salvo contadas excepciones. Se incluyó en el estudio a 130 pacientes que comenzaron con síntomas neurológicos con hora de inicio definida por un período menor a 4,5 horas. Se realizó registro demográfico de los pacientes en conjunto con indicadores de tiempos de acceso, atención, realización de imagen y TIV. El análisis de los datos se realizó con el software IBM® SPSS® Statistic 20.0 SPSS, y Microsoft Office Professional Plus 2013. Se aplicó estadística descriptiva (promedios, desviación estándar, máximo, mínimo, cuartiles y proporciones). La comparación entre grupos se realizó mediante las pruebas de Mann Whitney. Las diferencias significativas fueron valuadas con  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** El promedio de edad de los pacientes fue 63 años (DE 14,4), con una mediana de 62 años.

El 66.9% de los pacientes fueron varones ( $n = 87$ ). La comorbilidad más prevalente fue la hipertensión arterial, encontrada en 69% ( $n=90$ ). Se observó un tiempo significativo de aumento de consultas en período de ventana en los años 2017 y 2018, implicando un 250% si se compara con período 2013-2018. En relación a tiempos, destaca 77.1 minutos (min) en tiempo inicio-puerta, puerta-imagen de 24.2 min, y puerta-aguja promedio de 80.5 min.

**CONCLUSIONES:** Actualmente la TIV se mantiene como el estándar de oro en el manejo precoz del ACVi, con seguridad y eficacia por más de 20 años. La recomendación de AHA para el tiempo puerta aguja es de  $\leq 60$  min, lo que supone gracias al presente análisis una oportunidad para buscar medidas de implementación en los distintos servicios involucrados que permitan mejorar el tiempo actual de 80.5 min, así como también los tiempos síntoma-puerta, limitados por el acceso geográfico, alta ruralidad, territorio insular y de acceso mediante barcas. Es de destacar el aumento en 250% de trombolisis en los últimos 2 años en comparación al período inicial, dado en gran parte por la difusión y conocimiento de la población de la patología, y los beneficios de una consulta precoz, así como también capacitación del personal en los diferentes centros de atención.



**TL 284 - HISTOPLASMOSIS COMO DEBUT DE VIH, REPORTE DE UN CASO.****TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico**AUTORES:** Uribe, Javier M1; Gándara, Vicente F2; Pinochet, Francisca2; Muga Agustín V2; Chandía Javiera M2; Sanfuentes, Benjamín D1; Román, Fernando O3. 1Becado de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 3Médico Internista, Hospital Clínico Universidad Católica de Chile.**RESUMEN****INTRODUCCIÓN:** La histoplasmosis es una patología infrecuente en Chile, pero el aumento de las migraciones, ha evidenciado un alza en su incidencia. Por ende, su temprano reconocimiento y posterior tratamiento es una necesidad para la medicina chilena actual.**DESCRIPCIÓN:** Extranjero, 47 años, sin antecedentes conocidos. Consulta en policlínico por cuadro de dos meses de diaforesis, baja de peso de hasta 30 Kg y astenia con necesidad de movilización asistida. Es derivado al servicio de urgencias por marcada hipotensión, donde evoluciona taquicárdico, hipotenso y con perfusión límite que no corrige con volemicización, ingresando a UCI para manejo con drogas vasoactivas y ventilación mecánica. En estudio inicial destaca ELISA VIH (+) y radiografía de tórax con patrón sugerente de tuberculosis miliar, sin embargo, con baciloscopia y cultivo de Koch negativos. Se realiza amplio estudio microbiológico y se inicia tratamiento empírico con imipenem/vancomicina/amikacina/anfotericina B. Se realiza mielograma, con esporas sugerente de histoplasmosis, por lo que se realizan hemocultivos y lavado broncoalveolar que resultan positivos para histoplasma capsulatum. Inicialmente el paciente evoluciona con múltiples intercorrientes infecciosas, entre ellas neumonía por pneumocystis y aspergilosis pulmonar. Se inicia tratamiento con terapia antirretroviral, sumado a tratamiento con Anfotericina B liposomal y fluconazol, completando 28 días de tratamiento cambiando luego a Itraconazol con plan de completar 1 año. Evoluciona de manera favorable, por lo que luego de rehabilitación progresiva, se decide alta médica.**DISCUSIÓN:** La histoplasmosis es una enfermedad infecciosa causada por el hongo Histoplasma capsulatum, de distribución mundial. En América se concentra desde la región central y oriental de EE. UU hasta zonas tropicales de América Central y del Sur, encontrándose en ambientes contaminados con deposiciones de aves y murciélagos. En Chile no es una infección endémica y no existen estadísticas. Sin embargo, en las últimas décadas se ha visto un alza en su incidencia, principalmente en migrantes y viajeros. Conjuntamente, la pandemia del VIH y el aumento de pacientes en tratamientos inmunosupresores han contribuido en esto.

Clínicamente tiende a ser asintomática y confundirse con una neumonía comunitaria, con marcada astenia y adinamia. En exposiciones masivas, puede presentarse como insuficiencia respiratoria aguda. La imagen típica se presenta con infiltrados bilaterales y linfonodos perihiliares, e histopatológicamente forma granulomas con necrosis central. Debe sospecharse según el escenario epidemiológico y ser barajada como diagnóstico diferencial de tuberculosis, sarcoidosis y neoplasia. El tratamiento depende de la localización de la enfermedad, severidad e inmunidad del paciente. La enfermedad pulmonar aguda leve en inmunocompetentes es autolimitada. En inmunocomprometidos se sugiere tratar con itraconazol por 12 semanas. En caso de enfermedad pulmonar aguda moderada a severa el tratamiento consiste en en anfotericina B por 1-2 semanas y luego 12-24 semanas de itraconazol, extendiéndose a 12 meses en caso de inmunosupresión.



## TRABAJOS MODALIDAD E-POSTER VIRTUAL



## TL 5 - SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A MESENQUIMOPATÍA COMO CAUSA DE PANCITOPENIA, LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Manuel Mallo Simmonds, Jaime Vásquez González, Estefanía Meza Fabia, Juan Carlos Reyes, Stephan Skog Marambio, Gonzalo Bezama Orellana, Josue Campos Ferrufino

### RESUMEN

El síndrome hemofagocítico (SHF) es un trastorno caracterizado por una respuesta inflamatoria con pérdida de la autoregulación y falla del balance pro y antiinflamatorio, con incidencia de 1.2 casos por millón de habitantes.

El Síndrome de activación macrofágico es una forma especial de SHF, más frecuente en el curso de ciertas mesenquimopatías, como la enfermedad de Still y el Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

Varón de 31 años, sin antecedentes clínicos, con historia de dolor pleurítico de cinco días de evolución, tos seca y odinofagia. Evaluado en urgencias con Tomografía computada (TC) de tórax interpretada como pleuroneumonía basal izquierda, indicándose tratamiento con ceftriaxona en domicilio. Luego de 48 horas inició dolor abdominal difuso asociado a fiebre. TC de abdomen y pelvis informa líquido libre intraabdominal, decidiéndose laparotomía exploratoria, solo encontrando líquido libre purulento. Evoluciona febril con parámetros inflamatorios elevados, ictericia y alucinaciones visuales. Se constata Bilirrubina total de 4.5mg/dL predominio directo, Aspartato aminotransferasa 855mg/dL, Alanino aminotransferasa de 208mg/dL, coagulopatía y pancitopenia. Se solicita IgM Virus Hepatitis A, Antígeno de superficie de Hepatitis B, Anti-Hepatitis C, Virus de Inmunodeficiencia Humana y VDRL, todos negativos. Citomegalovirus (CMV) y Virus Epstein Barr (VEB) no fueron posible de realizar por falla en traslado de muestras (contingencia COVID-19). Se escaló tratamiento antibiótico a imipenem. Evoluciona con neutropenia severa con recuento absoluto de neutrófilos 120/uL. Hemocultivos y cultivos intraoperatorios negativos. Por nivel de Lactato deshidrogenasa marcadamente elevado se solicitó ferritina (>40.000ng/mL), Fibrinógeno (269mg/dL), Triglicéridos (406mg/dL) y Dímero-D (7345ng/mL), sin posibilidad de procesar sCD25, HScore 190pts. Se realiza mielograma que informa médula hiper celular y hemofagocitosis presente. Se inició dexametasona y filgrastim, con recuperación de neutropenia a las 72hrs. Estudio de causalidad destaca Anticuerpos antinucleares (+) títulos altos (1/1280 homogéneo), con antiRo (+) y cANCA (+) 1/20. AntiDNA (-) y complemento normal. Se plantea Lupus eritematoso sistémico, iniciando tratamiento con hidroxicloroquina y corticoides, con favorable evolución, normalización de hemograma y reversión de sintomatología.

Este caso refleja una aproximación poco frecuente a la pancitopenia en un hombre joven. El trabajo precoz en ampliar el diagnóstico diferencial (limitado por falta de disponibilidad de algunas pruebas) permitió el diagnóstico de ambas etiologías poco frecuentes, logrando su tratamiento y ausencia de complicaciones. En el estudio de pancitopenia se consideran causas infecciosas (VIH, Virus hepatitis B y C, VEB, CMV, Herpes Simplex, Toxoplasma, Brucella, Leishmania), así como medulares (aplasia, mielodisplasia, leucemia, mieloptosis) y farmacológicas. Si bien la incidencia de LES en varones es de 6 a 10 veces menor que en mujeres, sugerimos considerar los elementos del HScore de forma más rutinaria en la aproximación inicial de pancitopenia frente a estados inflamatorios sistémicos con poca evidencia microbiológica.



## TL 6 - COMPLICACIONES ASOCIADAS A BIOPSIA HEPÁTICA EN HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** San Martín, Diego<sup>1</sup>; Del Río, Demetrio<sup>2</sup>; Rivera, Francisca<sup>3</sup>; Campos, Josue.<sup>4</sup>, Uarac Yamil<sup>4</sup>, Pérez, Nicolás<sup>4</sup>, Sáez, Alonso<sup>4</sup>; Delgado, Gustavo<sup>1</sup>; Valenzuela, Carlos<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Gastroenterólogo Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile. <sup>2</sup>Médico internista, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile. <sup>3</sup>Interna de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. <sup>4</sup>Médico Residente Medicina Interna, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La biopsia hepática es el examen de elección para el diagnóstico de enfermedades hepáticas sin etiología aclarada. Es considerada un procedimiento seguro con una mortalidad de 0,11% y con una incidencia de complicaciones graves como hemorragia y fistulas en un 0,2-0,8%. El objetivo de este trabajo fue describir las complicaciones asociadas al procedimiento.

**MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo de corte transversal. La población fueron 63 pacientes con indicación de biopsia hepática transpercutánea bajo marcación ecográfica o ecoguiada por especialista entre marzo 2016 y abril 2020. La muestra fue de 61 pacientes, dado que dos fueron excluidos por no reunir las condiciones al momento del procedimiento. Las biopsias fueron realizadas por 7 operadores. Se incluyeron datos demográficos, comorbilidades y aparición de complicaciones. Se realizó análisis bivariado, se utilizó Chi cuadrado y T de Student. Software estadístico STATA V.14

**RESULTADOS:** La edad promedio fue de  $54,3 \pm 14,5$  años, rango entre 18 a 81 años. El 74,6% (n=47) fueron mujeres. El promedio del índice de masa corporal fue  $28,8 \pm 6$ . El número de pases promedio fue de  $1,3 \pm 0,7$ . Con respecto a las complicaciones, el 7,93% (n=5) de las(os) pacientes presentaron complicaciones. Estas fueron: sangrado del sitio de punción (n=1), atelectasia pulmonar (n=1), hematoma subcapsular hepático (n=1) de resorte ambulatorio, perforación de colon (n=1) sin indicación quirúrgica y hemorragia digestiva por fístula arterioportobiliar (n=1) que finalmente falleció. Se relacionó las variables sexo e incidencia de complicación grave,  $p=0,205$ . Relación edad e incidencia de complicación grave,  $p=0,093$ .

**CONCLUSIÓN:** La tasa de complicaciones fue de 7,9 por cada 100 pacientes con una tasa de complicación grave de 3,17 por cada 100 pacientes. El porcentaje de complicaciones significativas, graves y de mortalidad obtenidas dista de lo descrito en la literatura.



## TL 8 - HIPERPARATIROIDISMO TERCIARIO EN PACIENTE CON RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO FAMILIAR.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Moraga I 1., Cisterna Landeros C 2., Chellew Von Wachold M 3., Silva Leiva T 3. Pinto Toledo F2, Polanco Ilabaca F2, Pérez Domínguez F2 1: Becado de Medicina Interna Universidad de Chile, Hospital J.J. Aguirre. 2: Interna/o Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 3: Alumna/o Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El Raquitismo Hipofosfatémico familiar (RHF) es un desorden genético que impide la re-absorción adecuada del fosfato a nivel renal, generando hiperfosfaturia y desmineralización ósea. Presenta un cuadro clínico caracterizado por retraso en el crecimiento óseo y posterior deformación de estructuras óseas. El estudio considera medir FGF23, paratohormona (PTH) y calcitriol. En el raquitismo hipofosfatémico familiar los niveles de PTH usualmente son normales a levemente elevados. El tratamiento indicado es con Sales de Fosfato, que deben ser administradas crónicamente y bajo control periódico. Una vez remitido los síntomas puede ser suspendido en el adulto. La sobredosificación de Sales de Fosfato, pueden generar hiperparatiroidismo 2rio y finalmente una hiperplasia glandular con funcionamiento autónomo de esta o hiperparatiroidismo 3rio. Asimismo, tendría efectos a nivel renal generando falla aguda y enfermedad renal crónica (ERC) con sus respectivas complicaciones.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 38 años autovalente con diagnóstico de RHF sin control regular y ERC refiere cuadro de 1 año 6 meses de pérdida de fuerza progresiva en miembros inferiores al caminar que evoluciona hasta necesitar ayudas técnicas (muletas, silla de rueda), se asocia en los últimos 6 meses a disminución de estatura, deformación ósea y calambres intensos, EVA 10/10, en ambas extremidades inferiores además de progresión de la pérdida de fuerza hacia tronco y extremidades superiores. Decide consultar por la exacerbación de sus síntomas, donde se constatan en el examen físico 130 cms de estatura, tórax con aumento de diámetro anteroposterior, hiper cifosis torácica, varización de antebrazos y piernas, con desviación hacia posterior y pérdida de trofismo de las extremidades inferiores. Además, destaca una marcada debilidad muscular generalizada. Se solicitan exámenes de laboratorio destacando:

**PTH: 3587 pg/ml** Ca: 9,4 mg/dl Fósforo: 3,2 mg/dl

Se decide realizar una paratiroidectomía subtotal. Continuando con kinesioterapia y tratamiento farmacológico adecuado.

**DISCUSIÓN:** El tratamiento prolongado de RHF con sales de fosfato o calcitriol debe ser controlado periódicamente para evitar complicaciones, principalmente el hiperparatiroidismo secundario a hiperfosfatemia persistente. Una elevación muy marcada de PTH no forma parte del cuadro y debe hacer sospechar presencia de otra enfermedad o efecto adverso a tratamiento.

Un hiperparatiroidismo 2rio de larga data, con hiperfosfatemia persistente puede culminar con un hiperfuncionamiento autónomo de la glándula, lo que se conoce como hiperparatiroidismo 3rio. Este desarrollo de hiperparatiroidismo significó que un paciente que había logrado estabilizar sus problemas de mineralización ósea congénitos, desarrollará nuevamente osteomalacia por causas distintas a su enfermedad de base.



## TL 10 - ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS EN LA PREVALENCIA, LETALIDAD Y MORTALIDAD POR COVID-19, CHILE 2020

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Ferrante, Pierpaolo (1); Varela, Darka (2); Gómez, Gustavo (3) ;(1) Sapienza University, Rome, PhD (Statistician/Epidemiologist), (2) Licenciada en Odontología, Facultad Odontología UFT.(3) Estudiantes Medicina Facultad Medicina UFT, MEMBER ACP: 03786865

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Según la encuesta CASEN del 2017 la tasa de pobreza multidimensional es del 20,7%, el promedio de ingreso per cápita es de 776.999 pesos. Debido a la pandemia del covid-19, según el MINSAL durante Julio hay una tasa de letalidad del 2,2%, incidencia acumulada y prevalencia de 1696,9 y 1613,8 casos/100.000 habitantes, respectivamente. Desde el 19 de marzo hubo cuarentenas parciales, donde las comunas de menores ingresos obtuvieron una mayor tasa de movilidad y mortalidad con respecto a las de mayores ingresos.

**OBJETIVOS:** Evaluar el efecto de las variables socioeconómicas (pobreza multidimensional, promedio ingresos per cápita comunal, índice desarrollo socioeconómico e índice de desarrollo humano) sobre la prevalencia, mortalidad, letalidad y variables epidemiológicas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio tipo correlacional en 384 comunas de Chile de datos epidemiológicos. En el análisis univariado se describió el porcentaje de pobreza multidimensional comunal, promedio ingreso per cápita comunal, según promedio, mediana y desviación estándar. Uso del test de Shapiro-Wilk para evaluar la normalidad de las variables. En variables no paramétricas, continuas se usa el Coeficiente de correlación de Spearman, para las variables paramétricas el test de Chi cuadrado de Pearson. En el análisis bivariado, test de Kruskal-wallis-ANOVA, análisis post Hoc de Bonferroni en las medias de las tasas de letalidad, mortalidad y prevalencia por comuna según Pobreza multidimensional, movilidad y viajes. Regresión lineal simple para determinar el coeficiente de regresión entre variables socioeconómicas y epidemiológicas. Regresión logística múltiple para evaluar el efecto entre movilidad y nivel socioeconómico sobre tasa de mortalidad y letalidad por covid al 4 de Julio del 2020.

**RESULTADOS:** En la letalidad se observó una diferencia entre el 1° decil de 1,37%; (IC=0,89-1,85)%, respecto al 5° Decil 1,58%; IC=(0,95-2,2)%, mientras que el 9° decil fue de 2,01%; IC=(0,44-3,58)% siendo significativa la diferencia entre los decil ( $p < 0,005$ ). En la mortalidad se observó una diferencia entre el 1° decil de 2,56; (IC= -0,3-5,41)%, respecto al 5° Decil 3%; (IC= -0,8 -6,82)%, mientras que el 9° decil fue de 4,35; IC=( -4,67-13,36)% siendo significativa la diferencia entre los decil ( $p < 0,006$ ).

**DISCUSIÓN:** Se observó una alta correlación entre las tasas de movilidades comunales y los indicadores de pobreza multidimensional al compararlos con las tasas de prevalencia y los infectados activos. Las medias de los 1°, 5° y 9° deciles tuvieron diferencias significativas de incluso el triple de letalidad y el doble (1,69) de mortalidad al comparar el 1° decil de pobreza multidimensional respecto al 9°. Hubo un coeficiente de regresión significativa entre viajes, movilidad y pobreza multidimensional y no por ingreso. No así entre variables socioeconómicas, letalidad y mortalidad.

**CONCLUSIONES:** se observaron diferencias significativas entre pobreza multidimensional por deciles y letalidad, mortalidad, prevalencia, tasa de variación de incidencia e infectados activos, existiendo el triple de letalidad entre el 1° y 9° decil y el doble (1,69) de mortalidad entre ambos deciles.



## TL 12 - ETIOLOGÍAS IDENTIFICADAS EN PACIENTES CON INDICACIÓN DE BIOPSIA HEPÁTICA TRANSPERCUTÁNEA, EXPERIENCIA EN HOSPITAL HIGUERAS DE TALCAHUANO

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** San Martín, Diego<sup>1</sup>; Del Río, Demetrio<sup>2</sup>; Rivera, Francisca<sup>3</sup>; Campos, Josue<sup>4</sup>; Uarac Yamil<sup>4</sup>, Pérez, Nicolás<sup>4</sup>, Sáez, Alonso<sup>4</sup>; Delgado, Gustavo<sup>1</sup>; Valenzuela, Carlos<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Gastroenterólogo Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile. <sup>2</sup>Médico internista, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile. <sup>3</sup>Interna de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. <sup>4</sup>Médico Residente Medicina Interna, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La biopsia hepática es una herramienta diagnóstica que permite determinar conducta terapéutica con la intención de modificar el curso natural de la enfermedad hepática no aclarada, evitando llegar a estadios avanzados de fibrosis. El objetivo de este trabajo fue describir el diagnóstico histológico encontrado en las biopsias hepáticas realizadas.

**MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo de corte transversal. La población fueron 63 pacientes con indicación de biopsia hepática transpercutánea bajo marcación ecográfica o ecoguiada por especialista entre marzo 2016 y abril 2020. La muestra fue de 61 pacientes, dado que dos fueron excluidos por no reunir las condiciones al momento del procedimiento. Las biopsias fueron realizadas por 7 operadores. Se incluyeron datos demográficos, indicación de procedimiento y resultado histológico. Se realizó análisis univariado, utilizando software estadístico STATA V.14

**RESULTADOS:** La edad promedio fue de  $54,3 \pm 14,5$  años, rango entre 18 a 81 años. El 74,6% (n=47) fueron mujeres. Las principales indicaciones del procedimiento fueron: 31,7% (n=20) por elevación persistente de transaminasas, 33,3% (n=21) por sospecha de hepatitis autoinmune (HAI) y 22,2% (n=14) por sospecha de neoplasia. Se logró análisis histológico en el 81,9% (n=50), muestra no evaluable en el 11,5% (n=7) e intentos frustrados n=2. Respecto a los resultados histológicos: HAI 62% (n=31) de las cuales 7 resultaron síndrome de sobreposición (HAI + colangitis biliar primaria), neoplasia 24% (n=12) y esteatohepatitis no alcohólica n=3. Destaca que 8 pacientes presentaban grados avanzados de fibrosis (F3 y F4).

**CONCLUSIÓN:** Se logró diagnóstico definitivo mediante biopsia hepática en la mayoría de los casos (81,9%), siendo la hepatitis autoinmune el hallazgo predominante (62%). En el 16% se encontró fibrosis hepática avanzada, lo que establece la importancia del procedimiento como apoyo diagnóstico para evitar la progresión de enfermedad.



## TL 13 - A PROPÓSITO DE UN CASO: PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICO INMUNE GRAVE DE DIFÍCIL MANEJO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Cifuentes, María J.1, Guzmán, Agustina<sup>2</sup>; Echeverría, Sarita<sup>2</sup>; Lagos, Matías<sup>2</sup>; Urra, Macarena<sup>2</sup>; <sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné; <sup>1</sup>Interno de Medicina 7mo año. Universidad de Los Andes.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) es un trastorno hemorrágico adquirido común, con una prevalencia de 6-8/100.000 personas. Un quinto de ellos será asintomático al momento del diagnóstico, con hallazgo incidental de trombocitopenia. Trombocitopenia se define por un recuento plaquetario menor a 150.000/mm<sup>3</sup>, siendo severa con menos de 50.000/mm<sup>3</sup>. Sin embargo, en contexto de PTI se considera grave y con riesgo de sangrado un recuento menor a 30.000/mm<sup>3</sup>. A continuación, se presenta un caso de trombocitopenia grave en una paciente de 46 años. Se describe cuál fue su enfrentamiento, el estudio para descartar PTI secundario y el tratamiento otorgado.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenina, 46 años, con antecedentes de anemia hemolítica autoinmune, esplenectomizada y pelviespondilopatía en tratamiento con sulfasalazina. Consulta por presentar espontáneamente un hematoma de 5cm en extremidad derecha y petequias en ambas extremidades inferiores. Ingresa hemodinámicamente estable. Se solicita estudio inicial con evidencia de trombocitopenia aislada severa de 3.000/mm<sup>3</sup>, sin evidencia de hemólisis (LDH y bilirrubina indirecta normal), sin anemia, función renal normal, sin elevación de parámetros inflamatorios y sin alteraciones de coagulación. Se hospitaliza para completar estudio y se suspende sulfasalazina. Frotis sin evidencia de esquistocitos ni blastos. Coombs directo negativo. Estudio reumatológico ANA (-), AntiDNA (-), perfil ENA (-), ANCA c y p (-), estudio SAF negativos y complemento normal. Estudio infeccioso para VIH, VHB y VHC resultaron no reactivos; PCR VEB y CMV negativos. Se sospecha PTI primario v/s PTI secundario a sulfasalazina. Al segundo día de hospitalización, evoluciona con sangrado espontáneo en encías, por lo que se inició dexametasona IV por 3 días y se transfunden 6 unidades de plaquetas. La paciente evoluciona inicialmente con ascenso de plaquetas hasta 300.000/mm<sup>3</sup>. Se realizó traslape a corticoides orales y presentó nueva caída de plaquetas hasta 30.000/mm<sup>3</sup>, por lo que se decidió asociar tratamiento con inmunoglobulinas, normalizando nuevamente niveles de plaquetas. Se solicitó traslado de la paciente para evaluar necesidad de estudio con mielograma.

**DISCUSIÓN:** El enfrentamiento inicial a una trombocitopenia es realizar un hemograma con frotis. En caso de tratarse de una trombocitopenia aislada con frotis normal, se sospecha PTI. Se deben buscar activamente causas secundarias responsables, ya que el PTI primario es un diagnóstico de exclusión. Se buscan principalmente enfermedades autoinmunes, fármacos e infecciones concomitantes. En el caso clínico presentado, el estudio reumatológico e infeccioso fue negativo, aun así la paciente presentaba el antecedente de exposición a sulfasalazina y un contexto de enfermedades autoinmunitarias. El PTI secundario a sulfasalazina es poco frecuente, pero está descrito en la literatura. Dado a la severidad de la trombocitopenia, se requirió transfusión de plaquetas y por tórpida evolución requirió, además, tratamiento con inmunoglobulinas. Al no poder precisar la etiología, se deriva a la paciente a otro centro para estudio con mielograma.



## TL 14 - PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN EL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO, ENTRE LOS AÑOS 2013-2019

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Del Río, Demetrio<sup>1</sup>; Ortiz, Jorge<sup>2</sup>; Canales, Marcelo<sup>2</sup>; Peña, Mauricio<sup>2</sup>; Ramírez, Carlos<sup>2</sup>; Rivera, Francisca<sup>2</sup>; Romo, Josefa<sup>2</sup>; Bertín, Carla<sup>2</sup>; San Martín, Diego<sup>3</sup>. 1Médico internista, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile. 2Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. 3Gastroenterólogo Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia mundial de infección por Helicobacter Pylori (HP) presenta una amplia distribución que varía entre un 24.4% a un 79.5%. En Chile, según estudios de prevalencia del 2007 fluctúa entre un 60% a un 79%. Esta infección se asocia a importantes comorbilidades como úlcera péptica, hemorragia digestiva y cáncer gástrico. Por esta razón, se ha justificado su estudio y erradicación en la población. El objetivo de este estudio fue describir la tendencia de prevalencia de infección por HP.

**MÉTODO:** Estudio de corte transversal. Población de estudio de 3785 pacientes con test de ureasa realizado bajo endoscopia digestiva alta entre enero 2013 y septiembre 2019. La muestra fue de 3683 pacientes con test de ureasa informado. Se incluyeron datos demográficos como edad y sexo. Se realizó análisis univariado, utilizando software estadístico STATA V.14

**RESULTADOS:** Se encontró porcentaje positividad global del 43,99% (n=1589) para HP. El porcentaje de positividad por año fue de: 46,43% (n=117) de un total de 252 endoscopías el 2013; 45,55% (n=128) de 281 el 2014; 45,45% (n=180) de 396 el 2015; 43,29% (n=210) de 485 el 2016; 40,81% (n=360) de 882 el 2017; 42,22% (n=402) de 952 el 2018; y 44,13% (n=192) de 457 el 2019. De los pacientes con test de ureasa positivo, la edad promedio fue de 49,86 ±15,96 años con un rango etario entre 9 a 91 años. La mayor prevalencia fue en los mayores de 40 años con un 75,61% (n=1197). Respecto al sexo, 67,9% (n=1079) fueron mujeres.

**CONCLUSIÓN:** La prevalencia global obtenida es menor a la reportada a nivel nacional, asemejándose a los datos de prevalencia aportados en la literatura para la región del Biobío. Además, se mantiene una tendencia constante durante los años de investigación, pese al aumento en el número de endoscopias digestivas altas. Asimismo, destaca la mayor prevalencia de HP en mujeres y que los pacientes mayores de 40 años.



## TL 19 - INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO. COMPARACIÓN ENTRE DOS DÉCADAS DE DOS SIGLOS

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de investigación

**AUTORES:** Hector Ugalde P., Pablo Romero A., Ignacio Cifuentes R.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El infarto agudo al miocardio (IAM) es la principal causa de muerte en el país y se ha mostrado una disminución de su mortalidad en el mundo y también en el país, esto asociado a una mejoría del tratamiento hospitalario, sin que este claro mejorías en el prehospitalario. En el país existen pocos estudios que muestren una comparación en la evolución en el tiempo de esta patología y ninguno que abarque dos décadas consecutivas, lo que motiva esta presentación cuyo objetivo es comparar la evolución del IAM en dos décadas consecutivas.

**MÉTODO:** Desde un registro prospectivo consecutivo de pacientes (P) que ingresan primariamente por un IAM a nuestro hospital se revisan los datos prehospitalarios, al ingreso, la evolución y la mortalidad hospitalarias y a 5 años desde enero de 1990 a diciembre del 2009, se separan en dos grupos de 10 años y se comparan todas las variables registradas. Para el análisis estadístico se utilizó prueba de chi cuadrado o test de fisher para variables discontinuas y t de student para aquellas continuas con  $p < 0.05$  como significativo

**RESULTADOS:** 1976 P ingresan, 928P en el grupo 1 (1990 - 99) y 1048P en el 2 (2000 - 09). El grupo 1 tiene MAS: edad (62 vs 59), tabaquismo(50 vs 44%), ángor previo (45 vs 33%), consulta más tardía (8 vs 7h), uso de trombólisis (27 vs 3%), complicaciones (46 vs 34%), by pass coronario (16 vs 10%), días de hospitalización (16 vs 10), mortalidad hospitalaria (14.4 vs 10.4%), uso al alta de bloqueadores del calcio (43 vs 3%), nitritos orales (12 vs 1%) y mortalidad a 5 años (21 vs 12%) y tiene MENOS: HTA (48 vs 52%), dislipidemia (15 vs 26%), angioplastia primaria (9 vs 45%), reperfusión (36 vs 47%), uno inicial de B-bloqueo (33 vs 42%), otro antiagregante plaquetario (0 vs 40%), estudio angiográfico (73 vs 95%), revascularización global (44 vs 77%) y uso al alta de b-bloqueo (37 vs 87%), IECA (40 vs 66%), estatinas (11 vs 89%) y otro antiagregante (19 vs 68%). Ambos grupos son similares en sexo, diabetes, obesidad, IAM previo, síntoma de consulta, hora de ingreso, presión arterial, kllip, localización del IAM y causas de muerte tanto hospitalarias como al seguimiento.

**DISCUSIÓN:** Al comparar estas dos décadas podemos ver algún cambio en las características generales de los pacientes como menor edad y tabaquismo y más hipertensión arterial y dislipidemia en la segunda década, se aprecia también una clara mejoría en el tratamiento inicial con más reperfusión, angioplastia primaria, b-bloqueo, también mayor estudio angiográfico y revascularización global, con una disminución en la mortalidad hospitalaria y finalmente una también significativa mejoría en el tratamiento al alta, aumentando el uso de b-bloqueo, IECA, estatinas y otro antiagregante, lo que sumado a lo anterior logra también mejorar la mortalidad a largo plazo. Podemos concluir que hemos mejorado en estas dos décadas el manejo hospitalario de pacientes con iAM y esto ha redundado en una significativa mejoría en su mortalidad hospitalaria y a largo plazo. Pendiente esta mejorar lo prehospitalario.



## TL 20 - INCIDENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ARTERIAS CORONARIAS ANEURISMÁTICAS

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Héctor Ugalde P., Francisco Ayala R., Gastón Dussailant N., Sebastián García B., Ernesto Chaigneau C., Alberto Barría P., Teric Farías Ch., Paula Inostroza., Katia Villagra.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las anomalías de las arterias coronarias son poco estudiadas y conocidas por la generalidad de los médicos, entre ellas están la presencia de aneurismas de las arterias coronarias, de las cuales poco se ha estudiado en el país y en el mundo permanecen aún muchas dudas de porque ocurren y como deben ser tratados estos pacientes. En cualquier patología, lo primero es conocer sus características generales y particulares para poder plantear cualquier conducta, en nuestro país esto no es bien conocido, lo que motiva esta presentación.

**MÉTODO:** Desde un registro prospectivo consecutivo de pacientes (P) sometidos a angiografía coronaria se seleccionan a todos aquellos pacientes con diagnóstico angiográfico de arterias coronarias aneurismáticas (ACA), en ellos se describen sus características clínicas y angiográficas y se comparan con los pacientes sin esta enfermedad a fin de determinar si presentan alguna característica diferencial, para esto se utiliza prueba de chi cuadrado o t de student con  $p < 0.05$  como significativo.

**RESULTADOS:** Desde enero de 1992 a diciembre de 2019 se estudian 17704P, de ellos 247 presentan ACA, 20 de ellos tienen más de un estudio, por lo cual 227P cumplen el criterio de entrada (1.3%) y 16752P (94.6%) no presentan anomalías coronarias. Los P con ACA tienen una edad media de 57 años, 81% son de sexo masculino, sus principales factores de riesgo cardiovascular son la hipertensión (66%) y dislipidemia(31%), son estudiados principalmente por síndrome coronario agudo( 57%) seguido de ángor estable(14%), se estudian principalmente por vía femoral, las ACA más comunes son la coronaria derecha (CD) aislada (28%), dos vasos (21%) o tres vasos (20%), el aneurisma se ubica principalmente en la porción proximal-media del vaso (44%) o en todo el vaso (24%), un 56% presenta lesiones coronarias asociadas y el flujo del vaso comprometido es normal en 83%. Al analizar cada vaso, es la CD quien es mayoritariamente afectada, con un 66.5% de ACA, seguida de la circunfleja (52%) y la descendente anterior (48%). Al comparar este grupo con los P sin anomalías vemos que los P con ACA tienen menor edad (57 vs 61), más sexo masculino (82 vs 69%), hipertensión arterial (66 vs 58%), infarto agudo al miocardio (37 vs 24%) y enfermedad coronaria significativa (67 vs 55%), en el resto de los parámetros no hay diferencias. Si comparamos individualmente las ACA con las arterias de los P sin anomalías, vemos que no hay diferencias en el grado de enfermedad coronaria entre estos vasos.

**DISCUSIÓN:** La incidencia de esta enfermedad está dentro de los rangos expuestos en la literatura, así como los vasos mayoritariamente comprometidos. Es una enfermedad rara, predomina en el sexo masculino y se asocia más frecuentemente a hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio y a mayor enfermedad vascular coronaria global, pero, los vasos con aneurismas no tienen más enfermedad aterosclerótica que en pacientes sin esta patología, como podría presumirse. Hay aun muchas dudas del porque ocurre y de como debiera tratarse, dudas que no pretendemos aclarar, solo plantear su existencia y características, para que sea conocida por todos.



## TL 21 - ARTRITIS SÉPTICA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS COMPLICADA CON DERRAME PLEURAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Javier Uribe, Francisca Pinochet, Vicente Gándara, Diego Verdugo, Sebastián Sanhueza

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** En la era preantibiótica los empiemas eran una complicación frecuente en pacientes con artritis séptica (AS) y osteomielitis (OM) de vértebras torácicas, que actualmente se presentan principalmente en inmunosuprimidos. Presentamos el caso de un paciente inmunocompetente con OM y AS costovertebral complicadas con empiema.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 79 años, con antecedentes de HTA, ACV no secuelado y tuberculosis pulmonar tratada. Consulta por 10 días de dolor pleurítico izquierdo, al que luego de una semana se agrega fiebre, dorsalgia ipsilateral y tope inspiratorio.

Ingresa con requerimientos de 2 L/min de oxígeno, con parámetros inflamatorios elevados, ELISA VIH (-) y radiografía de tórax con foco de condensación en lóbulo superior izquierdo. Se inicia ceftriaxona por sospecha de neumonía adquirida en la comunidad. Evoluciona febril, con persistencia de dorsalgia y requerimientos de oxígeno. Se realiza angioTC de tórax que informa derrame pleural (DP) izquierdo, sin otros hallazgos. Se solicitan hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus* meticilino sensible (SAMS), por lo que se realiza cintigrama ósea que informa aumento de la captación en la séptima articulación costovertebral izquierda, y resonancia magnética que evidencia signos de OM y AS de la octava articulación costovertebral con edema óseo y cambios inflamatorios de las partes blandas circundantes, en continuidad con empiema izquierdo. Se realiza toracocentesis evacuadora con cultivos positivos para SAMS. Se completa estudio de diseminación con ecocardiograma transesofágico sin signos de endocarditis infecciosa (EI). Se ajusta tratamiento a cloxacilina en altas dosis, completando tratamiento con cefazolina por 6 semanas.

**DISCUSIÓN:** El SAMS es una bacteria comensal cutánea, que puede ser responsable de infecciones severas como AS, OM y EI. Estas pueden generar bacteriemia y siembra desde el sitio primario, mediante su adhesión a proteínas específicas como MSCRAMMs, mediante las que se une a la matriz de colágeno celular del hueso, generando biofilm e invadiendo el osteoblasto.

En el caso clínico presentado, la AS y OM costovertebral se complicaron con DP. En la literatura, se ha explicado la fisiopatología de este proceso por la descompresión de los abscesos costales hacia la pleura, ya que no existe otro espacio anatómico hacia el que puedan drenar.

La terapia de elección para bacteriemias e infecciones profundas por SAMS es motivo de discusión. Si bien se ha establecido la superioridad de las penicilinas antiestafilocócicas (ASP) y de la cefazolina sobre otros betalactámicos y glicopéptidos, decidir entre estos no es fácil. Múltiples revisiones sistemáticas establecen que no existen diferencias significativas en las tasas de mortalidad entre ambas terapias, pero el uso de cefazolina se ha asociado a menos efectos adversos. No obstante, se asocia a una mayor tasa de recurrencia por el efecto inóculo, definido como un aumento de la CIM a cefazolina intratratamiento. Por ende, casos de mala respuesta clínica a cefazolina deben promover su cambio por cloxacilina en altas dosis con el fin de disminuir el impacto de dicho efecto sobre el pronóstico del paciente.



## TL 23 - SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ VARIANTE NEUROPATÍA AXONAL MOTORA Y SENSITIVA AGUDA(AMSAN): REPORTE DE UN CASO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso clínico

**AUTORES:** Villalobos, Isabel<sup>1</sup>; Guzmán, Agustina<sup>2</sup>; Bofill, Gabriela<sup>2</sup>; Urra, Macarena<sup>2</sup>; Hirschberg, Alan<sup>2</sup>; 1Médico Cirujano. Egresada de Universidad de Los Andes, Santiago, Chile. 2Interno de Medicina 7mo año. Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es un síndrome heterogéneo que engloba las polineuropatías agudas inmunomediadas. La variante más frecuente es la polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda, responsable del 70-90% de los casos. Dentro de las variantes axonales (25% de los casos), se encuentra la neuropatía axonal motora y sensorial aguda (AMSAN), la cual se distingue por su compromiso de nervios motores y sensitivos con un patrón electrofisiológico de compromiso axonal. Su evolución tiende a ser más grave y de peor pronóstico. En este artículo se presentará un caso de SGB variante AMSAN, en un joven de 25 años. Se describe el enfrentamiento realizado y se discute la importancia de una sospecha clínica y tratamiento precoz, para evitar complicaciones.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente masculino, 25 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta al servicio urgencias por presentar cuadro de dos días de evolución de debilidad en mano derecha con parestesia del pulgar, junto con paraparesia de extremidades inferiores y limitación de la marcha. Al interrogatorio, refiere síndrome diarreico agudo la semana anterior. Al examen físico destaca paresia braquial derecha distal M3, paraparesia flácida asimétrica de extremidades inferiores M3, arreflexia rotuliana y aquiliana, compromiso de los pares craneanos abducens e hipogloso izquierdo. El laboratorio muestra parámetros inflamatorios, hormonas tiroideas y electrolitos plasmáticos normales. Serología VIH y VDRL negativos. Se hospitaliza y estudia con punción lumbar que revela disociación albúmino/citológica positiva. Electromiografía: Confirma neuritis sensitiva-motora axonal aguda. Resonancia magnética de cerebro sin hallazgos patológicos. Se maneja con inmunoglobulinas endovenosa por 5 días y rehabilitación neu-rokinésica, presentando mejoría significativa de la sintomatología.

**DISCUSIÓN:** El SGB se presenta por lo general con debilidad que comienza en las extremidades inferiores, pero aproximadamente en el 10% de los pacientes debutan con síntomas en brazos o músculos faciales. Se asocia frecuentemente con antecedentes de infecciones respiratorias o digestivas, como lo fue en este caso. El resultado de la punción lumbar con disociación albúmino/citológica apoya el diagnóstico. Para establecer la variante y el pronóstico se realiza una electromiografía. Es de vital importancia una sospecha clínica precoz para el inicio del tratamiento y evitar complicaciones, como la insuficiencia respiratoria neuromuscular. Incluso con tratamiento, la mayoría de los pacientes quedan con secuelas motoras que requieren rehabilitación kinésica por años.



## TL 24 - PERICONDritis POR PSEUDOMONA AERUGINOSA SECUNDARIA A PIERCING EN PABELLÓN AURICULAR: REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso clínico.

**AUTORES:** Howard, Catalina<sup>1</sup>; Urra, Macarena<sup>2</sup>; Bofill, Gabriela<sup>2</sup>; Guzmán, Agustina<sup>2</sup>; Cortéz, Pedro<sup>3</sup>; Zamorano, Juanita<sup>4</sup>; <sup>1</sup>Médico Residente de Pediatría General. Universidad de los Andes, Santiago, Chile.<sup>2</sup>Interno de Medicina 7mo año. Universidad de Los Andes, Santiago, Chile;<sup>3</sup>Médico Otorrinolaringólogo. Clínica Santa María; <sup>4</sup>Médico Infectólogo Pediátrico. Clínica Santa María

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las perforaciones o piercings implican la creación de una puerta de entrada cutánea, que si no se realiza con suficiente asepsia, permite el ingreso de microorganismos. Dentro de sus complicaciones más frecuentes están el dolor, inflamación y sangrado, y en un 25% de los casos ocurre infección, siendo los agentes más frecuentes *Staphylococcus* y *Streptococcus*.

La perforación transcartilaginosa del pabellón auricular es el tercer sitio más común de esta práctica. Esta zona requiere especial cuidado ya que el cartílago, al ser un tejido avascular, incrementa el desarrollo bacteriano y reduce la efectividad de los antibióticos, pudiendo ocurrir complicaciones severas como condritis, pericondritis u abscesos. En estos casos, y sobretodo frente a una mala respuesta antibiótica, se deben sospechar agentes inusuales. A continuación, se presenta un caso de pericondritis, secundario a *Pseudomona aeruginosa*. Se describe el enfrentamiento realizado y se discute la importancia de una sospecha clínica y tratamiento precoz, para evitar secuelas futuras.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 14 años, con antecedentes de asma leve y rinitis alérgica, consulta al servicio de urgencias por dolor y aumento de volumen de pabellón auricular derecho en relación a perforación transcartilaginosa realizada doce días antes de consultar.

Al examen físico se observa aumento de volumen y salida de secreción purulenta a través de la zona de perforación. Presenta parámetros inflamatorios discretamente elevados.

Se realiza Tomografía Computarizada de pabellón auricular que evidencia proceso inflamatorio en región cartilaginosa, sin signos de otomastoiditis. Se administra dosis de cloxacilina endovenosa y se indica manejo ambulatorio con amoxi-clavulánico. Al día siguiente reconsulta por presentar mayor clínica inflamatoria por lo que se decide hospitalizar para manejo antibiótico endovenoso y aseo quirúrgico. Ingres afebril y resto de signos vitales normales. Se inicia antibiótico empírico con ceftazidima + cloxacilina. Luego de cultivos positivos para *Pseudomona aeruginosa* multisensible se ajusta tratamiento a ceftazidima-amikacina y es dada de alta al cuarto día, para completar tratamiento antibiótico vía oral con ciprofloxacino. En controles posteriores se observa mejoría de la lesión sin recidivas locales.

**DISCUSIÓN:** Los piercings transcartilaginosos son un procedimiento invasivo que, por las características de este tejido, tienen mayor riesgo de infección. La pericondritis de esta zona es una infección que por lo general se presenta de forma aguda, puede destruir rápidamente el cartílago, incluso afectar el hueso y causar deformidad. Estudios describen a la *Pseudomonas aeruginosa* como responsable de un 87.2% de los casos de pericondritis. Es por esto que frente a una mala respuesta antibiótica inicial se debe sospechar una complicación y/o agentes atípicos a los que comúnmente afectan las infecciones de la piel, siendo los agentes anti-pseudomonas una buena elección de terapia de segunda línea.



## TL 25 - INSULINOMA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPOGLICEMIA EN PACIENTE NO DIABÉTICO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso clínico

**AUTORES:** Orozco, Constanza, Orozco, Nicolás; Polanco, Victoria; Ramírez, Isidora; Vivallo, Carlos.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** En personas sin diabetes, la hipoglicemia puede ocurrir por distintas causas. Estas se clasifican de distintas maneras, siendo la más útil en la práctica según la apariencia del paciente: si se ve enfermo (o usa medicamentos) o si se ve sano. En el primer grupo se incluyen fármacos o drogas (etanol, IECA/ARA II, beta bloqueadores, entre otros), pacientes hospitalizados por enfermedades graves (sepsis, insuficiencia renal, hepática o cardíaca), déficit hormonal (insuficiencia suprarrenal, hipopituitarismo) o tumores no de células beta. En los pacientes que se ven bien las causas son raras, e incluyen hiperinsulinismo endógeno, lo que puede ocurrir por trastorno primario de las células beta, usualmente un tumor (insulinoma), anticuerpos contra insulina o su receptor, uso de sulfonilureas, o secreción ectópica de insulina.

**CASO:** Paciente hombre de 48 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 3 semanas de evolución de episodios frecuentes de mareos, sudoración, temblor generalizado, en ocasiones con pérdida de conciencia, que duran minutos a horas, y que ha motivado consultas en atención primaria, donde se constataba hipoglicemia, se administraba glucosa endovenosa y se daba el alta. Ingresa a urgencias soporoso, pálido y sudoroso, sin focalidad neurológica, y en signos vitales destaca hemoglucotest en 28 mg/dL, por lo que se administra glucosa endovenosa, con lo que los síntomas revierten parcialmente y la glicemia capilar normaliza, pero con requerimiento de administración constante de glucosa por tendencia a hipoglicemia, por lo que hospitaliza para estudio y manejo. En estudio de muestra crítica de sangre durante episodio de hipoglicemia se evidencia cortisol basal dentro de rangos normales, FSH normal, TSH normal e insulina elevada. Se avanza estudio con RM de abdomen que muestra un nódulo sólido en la cola del páncreas de 16 x 19 mm, con lo que se diagnostica un insulinoma.

**DISCUSIÓN:** El insulinoma corresponde a un tumor de células B de los islotes pancreáticos, cuya principal función es secretar insulina. Si bien es raro, se le considera el prototipo de la hipoglicemia hiperinsulinémica en pacientes no diabéticos. La mediana de edad en que aparece es a los 50 años en casos esporádicos, pero pueden aparecer en la tercera década de vida como componente de una NEM I. Más del 99% se ubican en el parénquima pancreático, y generalmente son pequeños (90% son menores a 2 cm), lo que explica que se manifiesten más como hipoglicemia que por síntomas compresivos. Más del 90% son benignos, pero pueden haber casos de insulinoma maligno. La sospecha puede hacerse ante episodios de hipoglicemia recurrentes en pacientes sin diabetes ni usuarios de medicamentos, y que en exámenes de muestra crítica se evidencia hiperinsulinismo. La TAC o la RNM detectan hasta el 80% de los insulinomas. El tratamiento definitivo es la excisión quirúrgica, lo que comúnmente lleva a la curación. En el caso del paciente, el tratamiento consistió en una pancreatectomía distal, logrando la detención de las hipoglicemias recurrentes. El caso refleja la importancia de considerar el insulinoma como causa de hipoglicemia en no diabéticos.



## TL 26 - FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE: RARA PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD MIXTA DE TEJIDO CONECTIVO CON PREDOMINIO LES

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Ramírez, Andrés<sup>1</sup>; Pérez, Francisco<sup>2</sup>; Polanco, Francisca<sup>2</sup>; Pinto, Fernanda<sup>2</sup>; Cisternas, Carla<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. <sup>2</sup>Interno(a) medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad mixta de tejido conectivo (EMTC) es una enfermedad inflamatoria crónica, caracterizada por la superposición entre Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Esclerosis Sistémica (ES) y Polimiositis. Se sospecha ante la presencia de fenómeno de Raynaud, fatiga, artralgia, sinovitis, esclerodactilia, enfermedad respiratoria, títulos elevados de anticuerpos anti-RNP, entre otros. Sus complicaciones más frecuentes son hipertensión pulmonar y enfermedad pulmonar intersticial. La falla orgánica múltiple (FOM) es una presentación rara de esta enfermedad.

**CASO CLÍNICO:** Mujer, 23 años, con antecedentes de hipertiroidismo, presenta cuadro de 7 meses de evolución de pérdida peso, pérdida de fuerzas en extremidades, dolor en manos y cansancio ante pequeños esfuerzos. Tras comprometerse de conciencia, ingresa a servicio de urgencia en asistolia, y tras 20 minutos de reanimación avanzada se logra recuperación de la circulación espontánea. La ecoscopia evidencia disfunción sistólica severa e hipocinesia difusa, por lo que se decide ECMO veno-arterial, y mantención de drogas vasoactivas. Se realiza tomografía computarizada de Tórax que evidencia opacidades bilaterales difusas en ambos campos pulmonares, múltiples adenopatías en tórax y serositis múltiples. Destaca parámetros inflamatorios negativos y estudio reumatológico con complemento bajo, ANA (+) 1/640 granular moteado fino; ANCA (+) atípico; anti MPO (-) anti PR3 28.8 (+); Sm 59 Sm/RNP (+); Ro-52 88 (+++). Se diagnóstica una EMTC de predominio LES con compromiso pulmonar, la cual es tratada con Metilprednisolona. En Unidad de Cuidados Intensivos evoluciona con elementos clínicos, imagenológicos y electroencefalográficos compatibles con daño hipóxico isquémico cerebral severo y disfunción multiorgánica, por lo que se define limitación del esfuerzo terapéutico. A los días siguiente la paciente fallece.

**CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN:** El caso corresponde a FOM secundaria a una EMTC, una enfermedad poco frecuente, con etiología no clara, que carece de una clínica distintiva y cuya presentación inicial ha sido poco reportada en la literatura. La FOM comúnmente está asociada a causa infecciosa, sin embargo, debería considerarse la EMTC como diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes.



## TL 27 - HIPEROSTOSIS ESQUELÉTICA DIFUSA IDIOPÁTICA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE IMPORTANCIA EN PATOLOGÍA DE COLUMNA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Ramírez, Andrés<sup>1</sup>; Polanco, Francisca<sup>2</sup>; Pinto, Fernanda<sup>2</sup>; Pérez, Francisco<sup>2</sup>; Cisternas, Carla<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. <sup>2</sup>Interno(a) medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La hiperostosis esquelética difusa idiopática o enfermedad de DISH, es una enfermedad no inflamatoria sistémica que se caracteriza por la calcificación y osificación de entesis, ligamentos y cápsulas articulares, siendo la principal estructura afectada el ligamento longitudinal anterior (LLA) de la columna. Se manifiesta generalmente con dolor leve en la porción afectada, existiendo también, manifestaciones extraespinales. Su prevalencia no está bien definida, pero se conoce que existe una mayor frecuencia en el hombre, estimándose una prevalencia de 25% en estos y de 15% en mujeres, en población mayor a 50 años. A pesar de su alta frecuencia, su diagnóstico tiende a ser incidental, evidenciando un bajo nivel de sospecha como causa de dolor vertebral.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 60 años con antecedente de hernia incisional umbilical por colecistectomía laparoscópica, hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, fibrilación auricular, dolor lumbar crónico y enfermedad de Parkinson, es hospitalizado para resolución quirúrgica de hernia umbilical complicada. Evoluciona en Unidad de Cuidados Intensivos con obstrucción intestinal, shock hemorrágico y neumonía asociada a ventilación mecánica. Desde el ingreso destaca rigidez generalizada e hipertensión intraabdominal con limitación de la amplitud de movimiento articular en columna, caderas, rodillas y ambos hombros, nódulos de Heberden en ambas manos, sin clínica de artritis. En tomografías computarizadas destaca calcificación de LLA de la columna con múltiples puentes óseos y osteofitos prominentes, calcificación de ligamentos interapofisarios e iliolumbares, sin alteraciones sacroiliacas, compatible con enfermedad de DISH. Se realiza estudio imagenológico para completar estudio, pendiente a la fecha de revisión del caso.

**CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN:** El caso corresponde a una presentación sintomática de enfermedad de DISH, enfermedad frecuente pero poco reconocida en nuestro medio. En la actualidad, no existen datos actualizados de su frecuencia en población chilena. Sin embargo, en otras poblaciones donde la presencia de esta enfermedad si ha sido estudiada, su prevalencia tiende a ser elevada, sobre todo en los grupos etarios más envejecidos. Es por esto que esta enfermedad debe ser considerada como diagnóstico diferencial de dolor de origen espinal a nivel de atención primaria.



## TL 28 - SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN ADULTO MAYOR COMO MANIFESTACIÓN DE TUBERCULOSIS DISEMINADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Ramírez, Andrés<sup>1</sup>; Pinto, Fernanda<sup>2</sup>; Polanco, Francisca<sup>2</sup>; Cisternas, Carla<sup>2</sup>; Pérez, Francisco<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. <sup>2</sup>Interno(a) medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La tuberculosis (TBC) es una importante causa de morbilidad y mortalidad en Chile y el mundo. Su incidencia en nuestro país es baja (13/100.000 habitantes). Su mayor prevalencia es mayor de 65 años. En este grupo las manifestaciones clínicas y radiológicas pueden pasar inadvertidas a ojos inexpertos. La tuberculosis miliar es la diseminación hematógena del bacilo. Clínicamente inespecífica, su única caracterización puede ser fiebre de larga data. Se puede acompañar de compromiso general, baja de peso, sudoración nocturna y disnea. Al examen físico puede haber hepatoesplenomegalia, ruidos pulmonares y alteraciones en el examen neurológico. Radiológicamente se describe un patrón miliar y presencia de adenopatías hiliares o mediastínicas.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 74 años, diabético e hipertenso. Consulta por 1 mes de evolución de fiebre y compromiso de conciencia cualicuantitativo. Se hospitaliza para estudio. Durante hospitalización evoluciona con disnea y taquipnea progresivas. De la tomografía de tórax destacan nódulos pulmonares en hilio, lóbulos izquierdos, y adenopatías mediastínicas. Se confirma al mes de hospitalización tuberculosis diseminada vía biopsia ganglionar mediastínica. Permanece hospitalizado por tratamiento anti-TBC de segunda línea por reacción adversa hepática, presentando múltiples interurrencias inflamatorias-infecciosas durante hospitalización. Evoluciona con falla respiratoria secundaria a derrame pleural bilateral. Se realiza pleurostomía con evolución tórpida y shock indiferenciado. Control imagenológico muestra signos de organización. Se realiza videotoracoscopia que muestra hemotórax retenido, realizándose decorticación y pleurostomías. Evoluciona con shock hemorrágico y falla orgánica múltiple. Se realizan múltiples aseos quirúrgicos y decorticaciones vía toracostomía, sin resultados satisfactorios. Paciente fallece en contexto de falla orgánica múltiple progresiva.

**CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN:** Los principales diagnósticos diferenciales del síndrome constitucional son causas neoplásicas, psiquiátricas y orgánicas no neoplásicas de origen digestivo, no encontrándose la TBC diseminada entre ellas. Las manifestaciones clínicas descritas de la TBC miliar corresponden a síntomas constitucionales, fiebre de origen desconocido o disfunción orgánica. La TBC es una enfermedad de importancia, en particular en pacientes de edad avanzada donde se ha observado un aumento de prevalencia. En Chile se mantiene una deficiente situación operacional en cuanto a retrasos diagnósticos y baja efectividad del tratamiento, aumentando la morbimortalidad. Respecto a las complicaciones de la TBC, la evolución fibrocavitaria, que puede necesitar resolución quirúrgica, se observa con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico tardío o tratamiento deficiente, como ocurrió en el caso del paciente presentado anteriormente, que empeora el pronóstico de los pacientes. Por esto, la TBC miliar debe considerarse como diagnóstico principal a descartar en pacientes adultos mayores con síndrome constitucional y fiebre sin foco, considerando las consecuencias catastróficas que puede acarrear su tratamiento tardío.



## TL 29 - FIBRILACIÓN AURICULAR COMO MANIFESTACIÓN DE TIROTOXICOSIS EN EL ADULTO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Luis Rojas O. Isidora Ramírez E., Victoria Polanco T., Nicolás Orozco S., Carlos Vivallo C.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La fibrilación auricular (FA) corresponde a la arritmia cardíaca más frecuente, caracterizada por ausencia de onda P e intervalos RR irregulares sin patrón identificable. Se asocia a mayor riesgo de tromboembolismo y a un aumento de la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

La prevalencia de la FA es de 1-2% en la población total. Dicha cifra aumenta significativamente con la edad, describiendo en hasta 8% de los adultos mayores de 80 años. Otros factores de riesgo no modificables incluyen sexo masculino y enfermedad cardíaca hipertensiva o coronaria. Dentro de los factores reversibles que podrían condicionar el desarrollo de una FA se encuentran: cirugía cardiotórácica, infección e hipertiroidismo. Se describe que entre 10 a 20% de los pacientes con hipertiroidismo presentan FA, siendo más frecuente en hombres y en pacientes que se presenten con tirotoxicosis. Visto a la inversa, sólo en 1% de los pacientes que debutan con FA se pesquisa un hipertiroidismo.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 74 años con antecedente de HTA y aneurisma aórtico abdominal, es hospitalizado por isquemia crítica de la extremidad inferior izquierda, para manejo quirúrgico. Al momento del ingreso, sólo refiere dolor en la extremidad comprometida, sin otros síntomas. Al examen físico, se encuentra hemodinámicamente estable sin embargo taquicárdico hasta 150 lpm. Destaca además el hallazgo de bocio nodular.

Se realiza ECG con el que se diagnostica fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. Paciente evoluciona con dificultad en el manejo de la frecuencia cardíaca, requiriendo múltiples drogas para lograr estabilización: betabloqueadores, lanatósido C, amiodarona, diltiazem. Se obtienen posteriormente exámenes de ingreso, destaca TSH < 0,005. Se inicia terapia con corticoides y tirozol, con lo que se logra normalizar la frecuencia cardíaca. Se completa estudio: T3 239, T4L 6,1, ecografía tiroidea compatible con tiroiditis y anticuerpos antitiroideos positivos.

**DISCUSIÓN:** Existen varios mecanismos electrofisiológicos involucrados en el desarrollo de la FA. El aumento de hormonas tiroideas conduce a una frecuencia cardíaca elevada, acortamiento del periodo refractario celular y mayor actividad supraventricular ectópica. Esto, en conjunto con condiciones anatómicas propias del paciente, favorece la reentrada y el automatismo anormal permitiendo así perpetuar la arritmia. El tratamiento debe ir enfocado a lograr el eutiroidismo, inicialmente drogas antitiroideas. La tiroidectomía debe considerarse únicamente cuando se haya corregido la tirotoxicosis. Los betabloqueadores resultan útiles en el entretanto para controlar la frecuencia cardíaca. Alrededor de  $\frac{2}{3}$  de los pacientes revierten a ritmo sinusal luego de 2 meses de tratamiento. Determinantes para el fracaso incluyen tiempo de duración de la FA mayor a 1 año y edad avanzada.

En conclusión, se deben siempre pesquisar alteraciones tiroideas frente a un debut de FA dado que es determinante para el pronóstico y tratamiento del paciente.



## TL 30 - ENFRENTAMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO: ¿HASTA CUANDO ESTUDIARLA?

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Victoria Polanco T., Carlos Vivallo C., Isidora Ramírez E., Nicolás Orozco S., Luis Rojas O.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) se define clásicamente como un sangrado del tracto gastrointestinal de origen desconocido que persiste o recurre posterior a un estudio con endoscopia digestiva alta (EDA) y colonoscopías negativas. Según datos de EEUU entre un 5-10% de las hemorragias digestivas son oscuras, siendo de estas un 75% del intestino delgado y el 25% restante de zonas a las que normalmente llega la EDA y colonoscopia pero que no se encontró la lesión en la primera evaluación. En Chile no existen datos claros acerca de incidencia y prevalencia de hemorragia digestiva. Las etiologías de HDOO son poco frecuentes y se dividen generalmente por grupo etario, siendo la enfermedad inflamatoria intestinal (principalmente Crohn), divertículo de Meckel, lesión de Dieulafoy y neoplasias del intestino delgado las principales causas en < 40 años; mientras que en > 40 años destacan las malformaciones vasculares y las úlceras y erosiones secundarias a AINEs, con mucha menor incidencia de neoplasias.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 66 años con antecedente de recambio valvular aórtico en TACO y bypass gástrico. Consulta por cuadro de 1 día de mareos, compromiso del estado general y melena. Sin hematemesis, baja de peso, dolor abdominal ni otros síntomas. Ingres a SU en regulares condiciones, pálida y mal perfundida, sin otros hallazgos al examen físico. En los exámenes de ingreso destaca: Hb 6, plaquetas 215000, INR 3,6, lactato 3,6. Se realiza endoscopia digestiva alta, sin hallazgos patológicos, sin sangrado en sitio de anastomosis gastro-yeyunal. Se decide continuar estudio con colonoscopia, donde no se encuentra el origen del sangrado. La paciente evoluciona con sangrado digestivo intermitente, por necesidad de anticoagular se continúa estudio de intestino delgado con cápsula endoscópica, también negativa para lesión sangrante. Evoluciona favorablemente, sin nuevos episodios de sangrados por lo que no se realiza más estudio.

**DISCUSIÓN:** El enfrentamiento diagnóstico a un paciente con HDOO va a depender de los recursos del paciente y de los recursos y experiencia del centro. Inicialmente se debe evaluar la necesidad de repetir la EDA o la colonoscopia si se sospecha que alguna de estas fue realizada de manera subóptima. En caso que estas hayan sido realizadas de manera correcta, si el sangrado es evidente y activo se debe realizar angioTAC en caso de hemodinamia estable y angiografía si la hemodinamia es inestable.

En el resto de los casos la cápsula endoscópica (CE) es el examen de elección al ser el de mejor sensibilidad, no invasivo y pocos efectos adversos, sin embargo, no tiene capacidad terapéutica, es de alto costo y baja disponibilidad. Existen otras herramientas diagnósticas más invasivas y con peor perfil de efectos adversos entre las que se encuentran la enteroscopia asistida, la enteroscopia de empuje, la enterografía por TAC o RNM, entre otras. Si la CE es negativa y el paciente no presenta nuevos sangrados, como fue el caso de esta paciente, se mantiene un plan de seguimiento sin nuevos estudios. En caso de recurrencia sería necesario complementar el estudio con nueva CE, enterografía o enteroscopia.



## TL 31 - PANICULITIS FEBRIL COMO REACCIÓN ADVERSA A INHIBIDORES BRAF/ MEK EN PACIENTE CON MELANOMA ETAPA IV: PRESENTACIÓN INFRECIENTE DE REACCIÓN ADVERSA A FÁRMACOS.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Brito, Roberto<sup>1</sup>. Astudillo, Javier<sup>2</sup>; Alvia, Natalia<sup>2</sup>; <sup>1</sup>Residente de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile; estudiante de Doctorado en Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.<sup>2</sup>Interno/a de Medicina, Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El melanoma es un tumor maligno originado en los melanocitos. Su incidencia ha ido en aumento en las últimas décadas y es el cáncer de piel con mayor tasa de mortalidad. Los melanomas poseen una variedad de alteraciones genéticas y proteicas que son susceptibles a terapias farmacológicas dirigidas contra la vía de señalización MAPK, mediante la unión selectiva a proteínas kinasa de la cascada. Entre estos fármacos destacan los inhibidores de BRAF (BRAFi) y MEK (MEKi). Estos han demostrado una mejoría significativa en la sobrevida de pacientes con melanoma metastásico BRAF-mutado, sin embargo, no están exentos de reacciones adversas. Se presenta caso de paciente portador de melanoma metastásico en tratamiento con BRAFi y MEKi, quien presentó reacción adversa a medicamentos de curso infrecuente.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente hombre de 55 años, con antecedente de melanoma axilar etapa IV resecado el 2018, en tratamiento con terapia combinada con BRAFi y MEKi en octavo ciclo con buena respuesta. Al noveno mes de tratamiento refiere aparición de lesiones maculares y nodulares eritematosas múltiples en extremidades inferiores, bilaterales, algunas sensibles a la palpación; y máculas y manchas hipopigmentadas en manos y cuello. Un mes más tarde se agrega sensación febril no cuantificada de 4 días de evolución, sin otros síntomas agregados, lo que lo motiva a consultar. En contexto de fiebre en paciente inmunosuprimido se decide hospitalización para estudio y manejo. Durante estadía se realiza amplio estudio etiológico diferencial de fiebre, descartándose causas infecciosas, reumatológicas, endocrinológicas, y tumorales. Se realiza biopsia de piel y se diagnostica paniculitis mixta granulomatosa, con vasculitis leucocitoclástica focal dérmica y dermatitis linfoplasmocitaria superficial y profunda, hallazgos compatibles con reacción adversa a medicamentos. Evaluado por comité oncológico, se decide reducción de dosis y mantención de terapia combinada.

**DISCUSIÓN:** El efecto adverso más frecuentemente reportado de la terapia combinada con BRAFi y MEKi es la fiebre, que ocurre en más del 50% de los casos. Entre los efectos adversos dermatológicos reportados, se describe rash en aproximadamente el 20% de los casos. Existen reportes de paniculitis y lesiones vitiligo-like asociadas al uso de esta terapia, sin embargo, son infrecuentes y prácticamente la totalidad de los casos estuvieron acompañados de síntomas sistémicos como fiebre desde el inicio. El paciente del caso descrito presentó una reacción adversa infrecuente a la terapia combinada de BRAFi y MEKi, correspondiente a paniculitis, lesiones vitiligo-like y fiebre. La aparición tardía y asincrónica de la fiebre hizo necesario un estudio etiológico amplio de esta, interpretándose finalmente como secundaria a fármacos. El paciente continuó con terapia combinada con reducción de dosis, cediendo espontáneamente tanto la fiebre como las lesiones cutáneas. En controles posteriores con equipo oncológico tratante se describe regresión significativa de lesiones metastásicas pulmonares y hepáticas.



## TL 32 - ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO ASOCIADA A SÍNDROME NEFRÓTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Pizarro, Miguel<sup>1</sup>; Muñoz, Catalina<sup>2</sup>; Ugalde, Andrés<sup>2</sup>; Pérez, Paulina<sup>2</sup>; Münzenmayer, Bárbara<sup>2</sup>; Marín, Sofía<sup>2</sup>; Aguilera, Francisca<sup>2</sup>; Bustos, Sergio<sup>3</sup>. 1 Residente de Medicina Interna, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Universidad de Valparaíso. 2 interna/o de Medicina, Universidad de Valparaíso. 3 Médico Internista, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La Enfermedad de Still del Adulto (ESA) es una patología inflamatoria sistémica, caracterizada por fiebre, artritis y exantema evanescente. Descrita por primera vez por George Still en 1896 en niños, a lo que hoy se conoce como artritis idiopática juvenil sistémica. En 1971 el término ESA se usó para describir una serie de pacientes adultos que tenían características similares a los niños con artritis idiopática juvenil sistémica y no cumplían los criterios para la artritis reumatoide clásica. La ESA es infrecuente y su distribución es similar en ambos sexos.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 56 años, con antecedente de trastorno de ansiedad, consultó por cuadro de un mes de tos productiva, sensación febril y sudoración nocturnas, disnea de esfuerzos, mialgias generalizadas y poliartalgias asimétricas migratorias en extremidades superiores. Negó baja de peso, odinofagia y lesiones mucocutáneas. En su examen físico de ingreso se encontraba taquicárdico, taquipneico y con sibilancias escasas. En los exámenes de laboratorio destacaron los siguientes hallazgos: anemia leve normocítica-normocrómica, leucocitosis de predominio polimorfonuclear (26356 neutrófilos/uL), elevación de LDH (479 U/L), VHS (120 mm/h), proteína C reactiva (17.79 mg/dL), ferritina (1710,7 ng/mL) y transaminasas (GOT: 171 U/L y GPT: 156 U/L), hipoalbuminemia (2.3 g/dL), hipocomplementemia C3 con C4 normal, y presentaba marcadores virales para VIH, VHB, VHC, hemocultivos, urocultivo y perfil autoinmune y reumatológico (ANA/ENA/ANCA/AntiCCP/FR) negativos. Se le realizó tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis que evidenció múltiples adenopatías, hepato-esplenomegalia y nefromegalia leves. Durante su hospitalización se objetivó fiebre y presentó exantema evanescente pruriginoso tipo habón en extremidades y macular en tronco, asociado a edema de extremidades inferiores y pared abdominal, por lo que se solicitó proteinuria que resultó en rango nefrótico (7.2 g en 24 horas) con función renal conservada. Se le realizó biopsia renal que fue compatible con lesión membranosa de tipo secundaria con PLA2R1 negativo. Recibió tratamiento con prednisona por vía oral, pulsos de metilprednisolona endovenosos y antiproteínúricos, tras lo que obtuvo mejoría sintomática y en exámenes de laboratorio.

**DISCUSIÓN:** La ESA es un desafío diagnóstico que se realiza mediante la aplicación de los Criterios de Yamaguchi, los que eran cumplidos en este caso y que requieren la exclusión de causas infecciosas, neoplásicas y reumáticas, las cuales fueron descartadas mediante un estudio exhaustivo. Ante la afectación renal presentada, la revisión bibliográfica expone como complicaciones poco frecuentes de la ESA las nefrológicas, dentro de las que destacan la nefritis intersticial, glomerulonefritis mesangial y amiloidosis secundaria, la que suele aparecer tardíamente. Sin embargo, ante el resultado histopatológico renal, es necesario cuestionarse si el cuadro clínico descrito correspondería a la presentación de un síndrome paraneoplásico de una neoplasia oculta, ya que se han reportado casos de diagnósticos de tumores sólidos y hematológicos durante y después del diagnóstico de la ESA.



## TL 33 - PARESIA CRÓNICA PROGRESIVA EN UN PACIENTE DE 60 AÑOS: ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA, REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Pizarro, Miguel<sup>1</sup>; Rivas, Paola<sup>2</sup>; Ugalde, Andrés<sup>3</sup>; Pérez, Paulina<sup>3</sup>; Muñoz, Catalina<sup>3</sup>; Marín, Sofía<sup>3</sup>; Münzenmayer, Bárbara<sup>3</sup>; Aguilera, Francisca<sup>3</sup>.

1 Residente de Medicina Interna, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Universidad de Valparaíso.

2 Neuróloga, Hospital de Linares, Linares

3 Interno/a de Medicina, Universidad de Valparaíso.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es un desorden neurodegenerativo progresivo, actualmente incurable y de etiología desconocida, que se caracteriza por debilidad muscular, discapacidad y eventualmente muerte. Existe una degeneración de motoneurona tanto a nivel de corteza cerebral como en tronco cerebral y médula espinal, es decir, alteraciones de primera motoneurona y segunda motoneurona, respectivamente. Tiene una prevalencia de 2.7 a 7.4 casos por 100.000 habitantes y la edad promedio de presentación es 62 años. El diagnóstico es tardío con retraso promedio de 12 meses, y estableciéndose con hallazgos característicos clínicos más la ausencia de evidencia electrofisiológica y de neuroimágenes compatibles con otra afección. El tratamiento es rehabilitador multidisciplinario paliativo.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 60 años, sin antecedentes conocidos, consultó por monoparesia de extremidad superior izquierda de dos meses de evolución destacándose disminución del trofismo de la extremidad con fuerza M3 y limitación de actividades diarias. Un año después evolucionó con compromiso del estado general, aspecto caquéctico y tetraparesia flácida con atrofia muscular generalizada, fuerza M3, fasciculaciones en extremidades y en lengua, reflejos osteotendinosos positivos con difusión notoria en extremidades inferiores, reflejo cutáneo plantar extensor bilateral y disfagia asociada, sin alteraciones sensitivas y examen cerebeloso limitado por paresia, por lo que se hospitalizó sospechando ELA. Sus exámenes de laboratorio evidenciaron vitamina B12 normal, estudio tiroideo normal, estudio hepático normal, creatinquinasa total levemente aumentada, anticuerpos antinucleares y antimúsculo liso positivos, albúmina sérica 4.2 g/dL y estudio negativo para VDRL y virus de la hepatitis B, C y VIH. Estudios imagenológicos no concluyeron hallazgos que explicaran cuadro clínico. Se realizó estudio electromiográfico que informó compromiso severo neuropático motor por lo que se planteó como diagnóstico diferencial una polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica. Se complementó con punción lumbar objetivándose una disociación albumino-citológica, y se inició prueba terapéutica con pulsos de metilprednisolona por cinco días. Tras prueba terapéutica negativa se mantuvo diagnóstico de ELA sospechada inicialmente, por lo que se dio de alta y se indicó rehabilitación motora.

**DISCUSIÓN:** La ELA es considerada una gran imitadora neurológica por lo que para su diagnóstico debemos descartar múltiples causas con exámenes de laboratorio, imagenológicos y estudio electromiográfico. En este contexto hay que descartar otras enfermedades neurológicas como polineuropatías inflamatorias, radiculopatías, miopatías inflamatorias y miastenia gravis, y otras como déficit de vitamina B12, hipertiroidismo o neoplasias. Si bien es una enfermedad poco frecuente, es fundamental considerarla sobre todo en pacientes mayores de 50 años destacando los hallazgos neurológicos y su carácter crónico progresivo para un diagnóstico y rehabilitación oportuna, además de acompañamiento al paciente y sus familiares en la evolución de la enfermedad debido a su mal pronóstico.



## TL 34 - HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL SÚBITA BILATERAL, REPORTE DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Sotomayor, Daniel 1; Aguilera, Francisca 2; Pérez, Paulina 2; Marín, Sofía 2; Münzenmayer, Bárbara 2; Muñoz, Catalina 2; Ugalde, Andrés 2, Gauna, Felipe 3. 1. Médico Otorrinolaringólogo, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile. 2. Interna/o. Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. 3. Residente de Otorrinolaringología, Universidad de Valparaíso, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La hipoacusia neurosensorial súbita (HNS) se define como una disminución de la audición de al menos 30 dB, producida en un periodo de hasta 72 horas, en al menos 3 frecuencias contiguas. Su incidencia es baja y sólo 0.4–3.4% de los pacientes con HNS súbita presenta disminución bilateral de la audición. Con un estudio detallado, se llega a su causa en aproximadamente el 10% de los casos.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 68 años, con antecedentes de HTA y obesidad, previamente autovalente, hospitalizada por cuadro de sepsis de foco urinario, pielonefritis aguda bilateral, falla renal aguda (AKI) y acidosis metabólica, que fue manejada inicialmente con volemicación, tratamiento con Ceftriaxona por 14 días y corrección de acidosis. A las 8 horas desde su ingreso presentó hipoacusia súbita y alteración de la marcha, seguido de compromiso de conciencia interpretado en contexto de síndrome urémico. Obtuvo buena respuesta a antibióticos y recuperación de nivel de conciencia, pero mantención de hipoacusia. Se realizó audiometría que evidenció HNS severa bilateral simétrica. A la evaluación por ORL, destacó otoscopia normal, vértigo rotatorio y nistagmo espontáneo multidireccional sin corrección con impulso cefálico. Por hipoacusia bilateral con sospecha de origen central se iniciaron corticoides orales por 14 días. En evaluación por neurología, se evidenció parálisis facial izquierda y marcha atáxica. Se solicitó RMN con contraste, en la que se observó realce de complejos cocleovestibulares y nervios faciales de aspecto inflamatorio y discreto foco de alta señal en difusión en ventrículo lateral derecho, planteándose el diagnóstico de romboencefalitis subtratada. Con infectología se decidió optimizar tratamiento antibiótico por 21 días y realizar punción lumbar. Estudio de LCR con características inflamatorias inespecíficas, Adenovirus +.

Una vez completado su tratamiento, fue dada de alta con PNA, AKI y trastornos ácido base resueltos, pero persistencia de hipoacusia. En controles ambulatorios por ORL se administraron tres dosis de corticoides intratimpánicos, sin mejoría en audiometrías posteriores y persistencia de nistagmo espontáneo periférico derecho grado I.

**DISCUSIÓN:** La HNS bilateral se relaciona más a patologías sistémicas graves, a mayor grado de hipoacusia, peor pronóstico y peor calidad de vida. A pesar de lo anterior, no existe evidencia fuerte respecto al tratamiento. En el caso expuesto, la paciente presentó la HNS en contexto de sepsis de foco urinario asociado a falla renal, concediéndose la asociación a patología sistémica grave. Con el uso de RMN se logró diagnosticar romboencefalitis subtratada, sin embargo, no se logró llegar a la etiología específica. A pesar de administrar el tratamiento recomendado por evidencia actual con corticoides VO y dosis intra timpánicas de rescate posteriores no se obtuvo respuesta, afectando su calidad de vida. Es importante la realización de nuevos estudios respecto al tratamiento de la HNS para obtener mejor evidencia y poder mejorar el pronóstico de los pacientes.



## TL 35 - ARTRITIS SÉPTICA POR ESCHERICHIA COLI EN PACIENTE CON DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Pizarro, Miguel<sup>1</sup>; Tapia, Héctor<sup>2</sup>; Münzenmayer, Bárbara<sup>3</sup>; Aguilera, Francisca<sup>3</sup>; Ugalde, Andrés<sup>3</sup>; Pérez, Paulina<sup>3</sup>; Muñoz, Catalina<sup>3</sup>; Marín, Sofía<sup>3</sup>.<sup>1</sup> Residente de Medicina Interna, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Universidad de Valparaíso.<sup>2</sup> Médico internista, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar.<sup>3</sup> Interna/o de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La artritis séptica (AS) es la invasión directa del espacio articular por microorganismos, ya sea bacterias, virus u hongos. Los cuadros de AS en pacientes adultos son poco frecuentes, pero con elevada morbilidad, hospitalizaciones prolongadas, procedimientos invasivos asociados, secuelas y letalidad. La etiología bacteriana es una emergencia médica por su poder rápidamente destructivo. El germen más frecuente es *Staphylococcus aureus*, mientras que los bacilos gram negativos se asocian a pacientes de edad avanzada, inmunodeprimidos y con comorbilidades. *Escherichia coli* y otras enterobacterias representan menos del 10% de las artritis bacterianas del adulto.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 64 años con antecedentes de daño hepático crónico (DHC) por alcohol, hipotiroidismo y hospitalización reciente en UCI por sepsis de múltiples focos y hematoma subdural frontal. Consulta en urgencias por cuadro de un día de evolución de dolor en ambas extremidades inferiores, asociado a aumento de volumen de rodilla derecha, intenso dolor e impotencia funcional, sin evento traumático previo. Al examen físico rodilla derecha con signos de derrame, además de elevación de parámetros inflamatorios en sangre. Se realiza punción de líquido articular que destaca como inflamatorio, se inicia tratamiento antibiótico con Ceftriaxona y se hospitaliza. Posteriormente llegan resultados de urocultivo y dos hemocultivos, todos positivos a *E Coli* BLEE, cambiando de esquema a Tazonam. Inicialmente con evolución favorable, pero luego presenta signos de derrame en rodilla opuesta, asociado a elevación de parámetros inflamatorios. Llegan resultados de sensibilidad, se cambia esquema antibiótico a Ertapenem y traumatología realiza aseo quirúrgico de urgencia. Tras esto, evoluciona desfavorablemente con deterioro clínico, incluyendo fiebre y aumento importante de dolor y volumen de rodilla izquierda. Infectología sugiere volver nuevamente a esquema con Tazonam. Se realiza segundo aseo quirúrgico por artroscopía, donde se toman cultivos de líquido sinovial que se muestran negativos a los 5 días. Evoluciona favorablemente, dándose de alta tras completar 14 días con Tazonam.

**DISCUSIÓN:** Los cuadros de AS surgen en pacientes con condiciones que predisponen a desarrollar esta enfermedad, entre ellas el alcoholismo y el DHC, pues permiten la proliferación y diseminación de los microorganismos una vez que han llegado a la articulación comprometida, principalmente vía hematógena. Los gérmenes aislados en la AS son distintos según las características del paciente, asociándose *E Coli* a factores de riesgo como edad avanzada, inmunodepresión y otras comorbilidades, como es el caso de esta paciente. Su condición, sumado a la gravedad propia de la AS explican la refractariedad a tratamiento, la necesidad de múltiples procedimientos invasivos y la prolongación de su estadía hospitalaria. Es de suma importancia el conocimiento general y particular de la enfermedad, así como del paciente con todas sus patologías de base, ya que orientarían a un determinado enfrentamiento y podrían anticipar su evolución clínica, logrando estar preparados de la manera más óptima posible.



## TL 36 - NEUTROPENIA PROFUNDA AISLADA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ARTRITIS REUMATOIDE

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Arancibia, Trinidad 1; Contreras, Pamela 2; Sánchez, Sebastián 2; Zamorano, Darling 2; Jerez, Joaquín 3; 1Residente de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; 2Interno de medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; 3Medicina Interna Hospitalaria, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La neutropenia profunda es una emergencia médica, se relaciona con infecciones severas y mayor mortalidad. Las manifestaciones hematológicas de patologías autoinmunes son diversas, sin embargo, la mayoría de los casos de neutropenia en pacientes con artritis reumatoide (AR) son adquiridas, siendo los medicamentos la causa más común, y menos frecuente la autoinmunidad.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 68 años, antecedentes de hipotiroidismo e hipertensión arterial, en controles preventivos en atención primaria, destaca un año previo a ingreso hemograma con leucopenia de 650 cels/mm<sup>3</sup>, con recuento absoluto de neutrófilos (RAN) de 1220 cels/mm<sup>3</sup>, con frotis sin alteraciones cualitativas. En seguimiento destaca al momento de ingreso RAN de 150 cels/mm<sup>3</sup>, por lo que se deriva para hospitalización. A la anamnesis refiere artralgias de pequeñas articulaciones, simétrica, con rigidez matinal; asociado a xerostomía y xerofalmia. Al examen físico, dedos con desviación cubital y en cuello de cisne. Dentro de los exámenes generales destaca aumento del GAP Albúmino-Proteico. Se solicitan serologías reumatológicas destacando Factor Reumatoideo positivo, Anti-CCP positivo en títulos elevados, C3 y C4 disminuidos, ANA positivo título 1:320 con patrón granular grueso, Anti-DNA negativo, perfil ENA positivo para Anti-RNP en título bajo y Electroforesis de proteínas en sangre que confirma hipergammaglobulinemia policlonal. Se solicita radiografía de manos que muestra lesiones erosivas. Se complementa estudio con test de Schirmer que resulta alterado, y TAC de tórax, abdomen y pelvis sin evidencia de malignidad, pero con moderada esplenomegalia. Se busca dirigidamente en frotis de hemograma predominancia de linfocitos grandes granulares, menores a 5%. Durante hospitalización evoluciona con RAN entre 500-1000 cels/mm<sup>3</sup>, sin clínica de infección. Se configura diagnóstico de AR/Síndrome de Sjögren (SdS) con Síndrome de Felty (SdF) asociado, se inicia tratamiento inmunosupresor. Paciente es dada de alta, en controles ambulatorios con ascenso y normalización de neutropenia.

**DISCUSIÓN:** La neutropenia aislada es poco frecuente en AR vírgenes a tratamiento, con múltiples mecanismos fisiopatológicos propuestos, pero siempre debe evaluarse dirigidamente la presencia de SdF o una leucemia de linfocitos grandes granulares (LGL), presentes en menos del 1%. Estas se presentan simultáneamente en torno al 30-40%, compartiendo como factor predisponente el HLA-DR4, planteándose que serían parte del espectro de una misma entidad. Se caracterizan por un aumento de linfocitos citotóxicos CD8+ en relación a una estimulación antigénica crónica, que en el caso de las LGL generaría una expansión clonal. La presencia de SdF además estaría relacionada con peor pronóstico articular, mayor incidencia de fenómenos extra-articulares y la co-ocurrencia de otras patologías, como el SdS. El tratamiento involucra inmunosupresores (principalmente Metotrexato), con una elevada tasa de respuesta.

**CONCLUSIÓN:** SdF es una complicación infrecuente de AR, es importante el reconocimiento precoz y oportuno tratamiento, ya que tendría implicancias pronósticas.



## TL 37 - TROMBOSIS DE VENA OVÁRICA EN UN PACIENTE CON COVID-19 Y ANTICOAGULANTE LÚPICO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico.

**AUTORES:** Ross, Patricio<sup>1</sup>; Sandoval, Trinidad<sup>2</sup>; Ortiz, Andrea<sup>1</sup>; Aizman, Andrés<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica. <sup>2</sup>Interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica. <sup>3</sup>Médico Internista, Pontificia Universidad Católica

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad por coronavirus-19 (COVID-19) aumenta el riesgo trombótico secundario a la profunda respuesta inflamatoria e injuria endotelial que genera. Una vía alternativa para explicar el riesgo de trombosis corresponde a la presencia de anticoagulante lúpico. A la fecha, su presencia se ha reportado como un fenómeno frecuente en COVID-19, sin acreditarse un rol protrombótico. Presentamos un caso de trombosis en sitio atípico en un paciente hospitalizado por COVID-19.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 79 años con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca y tromboembolismo pulmonar en 1994 posterior a colecistectomía. En su historia gineco-obstétrica destaca óbito fetal de tercer trimestre. Consulta en el servicio de urgencia por 24 horas de náuseas, vómitos, diarrea acuosa, sin síntomas respiratorios, sensoriales, fiebre ni dolor abdominal. Al examen físico paciente levemente hipertensa, afebril, discretamente taquipneica, sin requerimientos de oxígeno. Sin hallazgos al examen segmentario. En el laboratorio destaca parámetros inflamatorios bajos y reacción en cadena de polimerasa positiva para SARS-CoV-2. Tomografía computada de abdomen y pelvis evidencia, en cortes superiores, opacidades pulmonares en vidrio esmerilado bibasales y trombosis de vena ovárica izquierda. Se realiza estudio hemostático dirigido con hemograma, tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPa), y dímero D. Dado TTPa discretamente prolongado de 39 segundos (valor normal bajo 37 segundos) y un dímero D en 4596 ng/mL, se solicita anticoagulante lúpico que resulta positivo. Anticuerpos anticardiolipinas y anti-B2-glicoproteína-1 negativos. Se anticoagula a la paciente con heparina de bajo peso molecular hasta recuperar tolerancia oral, con lo que se cambia a rivaroxabán e indica alta.

**DISCUSIÓN:** El SARS-CoV-2 genera un estado de hipercoagulabilidad atribuido a la respuesta inflamatoria sistémica e injuria endotelial. Dicho estado protrombótico se caracteriza por aumento de dímero D y fibrinógeno, con mínimas alteraciones de las pruebas de coagulación y plaquetas.

La prolongación del TTPa puede traducir ausencia de factores de coagulación o la presencia de inhibidores, como el anticoagulante lúpico. Este último puede ser primario o adquirida en relación a una heterogénea variedad de patologías (autoinmunes, neoplásicas e infecciosas). La presencia de anticoagulante lúpico se ha descrito en COVID-19 como un hallazgo frecuente en comparación con la población general, sin embargo, su rol en eventos trombóticos no ha sido definido. Por otro lado, la trombosis de vena ovárica es un diagnóstico muy poco frecuente, que se observa especialmente en el puerperio. En menor medida, puede relacionarse a procesos inflamatorios pélvicos, cáncer y cirugías ginecológicas. Se manifiesta con dolor abdominal y fiebre, y habitualmente compromete el lado derecho por las características del sistema venoso ovárico.

**CONCLUSIÓN:** El presente caso exhibe un evento trombótico de localización sumamente inhabitual, en una paciente sin otros factores de riesgo fuera de la infección por SARS-CoV-2. Si bien la relación causal entre trombosis y la presencia anticoagulante lúpico en COVID-19 no está establecida, pareciera que este último podría tener un rol en un subgrupo de pacientes.



## TL 38 - ÍLEOYUNITIS ULCERATIVA; PRESENTACIÓN INFRECIENTE PERO GRAVE DE ENFERMEDAD CELÍACA. REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Casos Clínicos

**AUTORES:** Carrillo, Felipe A1; Marín, Verónica P1; Muñoz, Nicolás A1; Ruiz, José I1; Cañete, Iván1; Uribe, Gabriel1.  
1Residente Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad celíaca (EC) se origina por una respuesta inflamatoria autoinmune sobre la mucosa del intestino delgado (ID) en pacientes genéticamente susceptibles, desencadenada por la ingestión de proteínas relacionadas al gluten. Su presentación es polimorfa y la ileoyeyunitis ulcerativa (IYU) es una manifestación infrecuente, grave y de mal pronóstico, caracterizada por ulceraciones en ID, su principal síntoma es dolor abdominal, diarrea y fiebre. Se asocia a menor sobrevida y hasta el 30% de los pacientes muere por complicaciones como desnutrición severa, hemorragia, perforación o linfoma de células T.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 36 años, sana, con historia de 6 meses de dolor epigástrico/periumbilical de inicio brusco y post alimentación, cólico, no irradiado, alivia al defecar, y diarrea, en ocasiones mucosa y estrías de sangre. En el último mes astenia, adinamia y aumento de frecuencia de diarrea, náuseas, vómitos post prandiales y baja de peso de 25 kg. En últimas 2 semanas aumento de perímetro abdominal y edema de extremidades inferiores. Al examen abdomen distendido y extremidades inferiores con edema bilateral blando hasta rodillas. En laboratorio: pH 7,31, pCO<sub>2</sub> 37 mmHg, HCO<sub>3</sub> estándar 18.6 mEq/L, BE -7.2, albúmina 2 gr/dL, proteínas plasmáticas en 5.3 gr/dl, LDH 280 UI/L, bilirrubina total 1,72 mg/dl, directa 1,36 mg/dl, FA 365 UI/L, GGT 227 UI/L, GOT 138 UI/L, GPT 69 UI/L, INR 2.16, hemoglobina 11.2 gr/dl, VCM 89,3 fl. Tomografía Computada (TC) de abdomen y pelvis contrastado que muestra distensión líquida de asas intestinales compatible con enteritis. Invaginación de asas de yeyuno, probablemente transitoria. Se hospitaliza con sospecha de EC e IYU. Se inicia estudio con anticuerpos (AC) antitransglutaminasa (ATG) positivos en títulos mayores a 150 unidades (VN < 20). Endoscopia digestiva alta (EDA): aplanamiento de los pliegues y disminución del tamaño de las vellosidades intestinales, biopsia duodenal (BD) muestra atrofia vellositaria MARSH 3c. Se realiza diagnóstico de EC y se inicia dieta libre de gluten con buena respuesta.

**DISCUSIÓN:** La EC tiene una prevalencia de 0.3% en Chile. El diagnóstico incluye AC antiendomiso y ATG tisular y se confirma con EDA y BD. La mortalidad es 2 veces mayor que en la población general y las causas más frecuentes son las cardiovasculares y neoplasias principalmente linfoma no Hodgkin. La IYU es infrecuente, pero se puede presentar al debut de EC. En la TC se visualiza dilatación de asas intestinales, inversión de patrón de pliegues intestinales con aumento a nivel de íleon y disminución en yeyuno, invaginaciones transitorias, adenopatías mesentéricas y engrosamiento parietal de ID. La histología es similar a EC con atrofia mucosa e infiltración de linfocitos, macrófagos, neutrófilos y plasmocitos. En este caso, la paciente presentó clínica e imágenes compatibles con EC e IYU; estudio concordante con EC, sin embargo, no se realizó estudio dirigido para confirmar IYU. En este caso es importante el diagnóstico para anticiparse a las complicaciones agudas y crónicas, considerando que la dieta libre de gluten puede no conducir a una remisión sintomática en la mayoría de los casos.



## TL 39 - SÍNDROME DE EISENMENGER EN UN PACIENTE ADULTO CON COMUNICACIÓN INTERAURICULAR TIPO SENO VENOSO, REPORTE DE CASO, REPORTE DE CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** San Martín, Carolina<sup>1</sup>; Marín, Sofía<sup>2</sup>; Vega, María Teresa<sup>2</sup>; Muñoz, Catalina<sup>2</sup>; Aguilera, Francisca<sup>2</sup>; Munzenmayer, Bárbara<sup>2</sup>; Pérez, Paulina<sup>2</sup>; Ugalde, Andrés <sup>2</sup>. Médica Internista, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar.<sup>2</sup> Interna/o de Medicina, Universidad de Valparaíso

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Eisenmenger (SE), representa la forma más avanzada de hipertensión arterial pulmonar (HAP) asociada a defectos congénitos cardíacos. El riesgo de desarrollar SE depende del tamaño de la derivación izquierda a derecha, del flujo sanguíneo pulmonar y el tipo de defecto, desarrollando el síndrome el 10% de los pacientes con comunicación interauricular (CIA).

**RESUMEN:** Paciente masculino de 33 años, sin antecedentes, consultó por cuadro de dos años de evolución de disnea capacidad funcional II. Al examen físico se evidenció acropaquia, segundo ruido cardíaco (R2) acentuado, sin cianosis, destacando al laboratorio poliglobulia. Se realizó tomografía computarizada de tórax, que mostró signos de hipertensión pulmonar (HP). Ante estudio de HP, se solicitó ecocardiografía transtorácica evidenciando HP moderada. Luego de descartar causas no cardíológicas de HP, se estudió mediante ecocardiografía transesofágica que reveló CIA. Para cuantificar tamaño de CIA, se efectuó ecocardiografía 3D, evidenciándose comunicación tipo seno venoso de 24 mm de diámetro de flujo bidireccional. A través de cateterismo cardíaco derecho, se confirmó HAP capilar severa con test de vasoreactividad negativo. Equipo médico decidió inicio de manejo sintomático con sildenafil y oxigenoterapia. Al año de control médico, paciente se mantiene con mínima limitación del esfuerzo físico.

**DISCUSIÓN:** Los síntomas descritos en la literatura incluyen R2 acentuado, poliglobulia secundaria a disminución de la saturación de oxígeno, acropaquia, disnea y cianosis. Debiéndose orientar el estudio diagnóstico en la confirmación de la HP, su gravedad y de sospecharse lesiones cardíacas subyacentes, debe caracterizarse la etiología de la lesión. La búsqueda de causas de HP, permitió evidenciar el defecto congénito y su complicación, siendo ambos poco frecuentes en población general. El correcto y temprano diagnóstico de la anomalía cardíaca, permite intervenciones eficaces y oportunas.



## TL 40 - NEUMONIA POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Carlos Gómez C, Sofia González C, Daniel Miranda S., Patricia Vásquez T.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Originalmente descrita en relación a un brote de neumonía en los participantes de la convención 58° de la Legión Americana en Filadelfia en 1976, en quienes se aisló una bacteria gram negativa aeróbica del género Legionella, llamada posteriormente Legionella pneumophila. Bacteria ubicada en reservas de agua estancadas (ej: lagos, represas) y suelos de tierra, cuya transmisión al humano se produce por la inhalación del microorganismo. Epidemiológicamente afecta en mayor proporción a hombres, con una incidencia variable entre países 0.4 – 5.4 casos por 100.000 habitantes. En nuestro país no contamos con estadísticas sobre su incidencia, sin embargo, en 2018 se reportaron 6 casos como egresos hospitalarios (Estadísticas DEIS). Es característico que la infección se produzca en brotes. Clínicamente produce una Neumonía similar a otras etiologías, los síntomas tienden a aparecer en el 2° al 10° día tras la exposición. Cursa con fiebre, tos y disnea, siendo además frecuentes síntomas intestinales como diarrea y vómitos. Radiológicamente es similar a otras etiologías de neumonía. En el laboratorio destacan la elevación de enzimas hepáticas, la hiponatremia y PCR mayor a 100 mg/L. Su diagnóstico se realiza mediante cultivo bacteriano, PCR o Antígeno urinario; siendo este último solo capaz de detectar el serogrupo 1. Su tratamiento en antibióticos como macrólidos o fluoroquinolonas, presentando escasa respuesta a esquema con beta-lactámicos.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 28 años, con antecedente de tabaquismo activo y obesidad, trabaja como obrero en construcción. Consultó en abril de 2020 por cuadro de 2 días de dolor tipo puntada de costado izquierdo al cual se agregó fiebre y disnea de grandes y moderados esfuerzos. Al examen físico desatacaban crépitos basales izquierdos. En exámenes de ingreso destacaba: leucocitosis 15830, PCR 580, Sodio 130, perfil hepático y función renal normales. TAC de Tórax: extensa condensación basal izquierda. Se inició esquema antibiótico empírico con beta-lactámicos + macrólido. Estudio etiológico: hemocultivos negativos, VIH no reactivo, dos PCR COVID-19 negativas, PCR FLU-VRS negativa, Antígeno urinario Legionella (+) – neumococo (-). Se cambió esquema a fluoroquinolona. Evolucionó inicialmente con insuficiencia respiratoria leve, la cual recuperó al 3er día de antibióticos. Evolucionó con mejoría sintomática y de parámetros inflamatorios, dado de alta sin requerimientos de oxígeno, completó 10 días de antibióticos en domicilio.

**DISCUSIÓN:** Desde marzo de 2020 que Chile se enfrenta a la pandemia del COVID-19, su potencial epidémico como productor de cuadros de insuficiencia respiratoria graves y neumonía comunitaria hace que como clínicos nos orientemos rápidamente a su detección y tratamiento, olvidando de momento otras etiologías de neumonía comunitaria, es por este motivo que se presenta el caso antes descrito, más aun considerando a la Legionella como causa poco frecuente de neumonía comunitaria en nuestro medio; recalcando la importancia de realizar estudio etiológico del cuadro clínico, sobre todo porque tratamientos de primera línea en neumonías, como los beta-lactámicos no son efectivos.



## TL 42 - IMPORTANCIA DEL DESCARTE DE INFECCIONES LATENTES FRENTE AL USO DE RUXOLITINIB. REPORTE DE CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Camus, Sebastián<sup>1</sup>; Madrid, Salvador<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Becado de medicina interna, Universidad de Chile. <sup>2</sup>Médico internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La mielofibrosis forma parte de los trastornos mieloproliferativos crónicos, caracterizada por trastornos en las 3 series hematológicas, esplenomegalia e importante compromiso del estado general secundario a la producción de citoquinas proinflamatorias. En 2005 se identificó que la mutación JAK2 V617F es la más frecuentemente involucrada en este grupo de patologías. El ruxolitinib es un potente inhibidor de JAK1-2 aprobado para el tratamiento de la mielofibrosis de riesgo intermedio y alto. Al inhibir a JAK1-2 se genera un ambiente inmunosupresor que puede llevar a la expresión de infecciones latentes. Dado que los estudios que evaluaron por primera vez la efectividad de este fármaco no consideraron el descarte previo de infecciones latentes, aún no hay consenso en realizar este tipo de evaluación previo a su inicio. Presentamos el siguiente caso que da cuenta de la relevancia en considerar este descarte, sobre todo por nuestra realidad local.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 67 años de nacionalidad venezolana, con antecedentes de mielofibrosis primaria asociada a policitemia vera, en tratamiento con hidroxiurea, y daño hepático crónico Child-Pugh A secundario a trombosis portal. Dada escasa respuesta con hidroxiurea, se indica ruxolitinib, desarrollándose 7 días después importante compromiso de estado general, diaforesis nocturna y fiebre, por lo que al mes de tratamiento lo interrumpe por su cuenta, cediendo el cuadro descrito. Un mes después consulta en servicio de urgencias por aumento de volumen abdominal progresivo, sin otro síntoma asociado, concordante con ascitis a tensión, e incidentalmente se evidencia en imágenes leve derrame pleural a derecha. Se realiza paracentesis que descarta peritonitis bacteriana espontánea, pero destaca en citoquímico un predominio mononuclear. La ascitis cede totalmente con tratamiento diurético, relacionándose a una descompensación de su daño hepático crónico de base. Dos semanas después cursa con peak febril, tos seca y disnea a mínimos esfuerzos. Se realiza radiografía de tórax que demuestra presencia de derrame pleural bilateral, mayor a derecha, realizándose toracocentesis que demuestra la presencia de un exudado mononuclear con GeneXpert MTB/RIF que detecta trazas de M. tuberculosis. Además, se evidencia baciloscopía de orina positiva en las 6 muestras tomadas. Dado hallazgos descritos, se configura el diagnóstico de tuberculosis diseminada, iniciándose tratamiento con esquema primario. Sin embargo, 5 días después desarrolla alza de transaminasas de más de 4 veces el valor basal, lo que obliga a modificar el esquema a moxifloxacino, rifampicina y etambutol. Evoluciona en forma estacionaria desde el punto de vista respiratorio, con requerimientos de oxígeno suplementario y derrame pleural persistente a pesar de realizarse toracocentesis evacuadora. Se mantiene aún en observación de su evolución. **DISCUSIÓN:** El presente caso pone en relevancia la necesidad de considerar el estudio de infecciones latentes, en particular tuberculosis, en pacientes que inician fármacos de esta línea, dada la prevalencia al alza de esta patología en nuestro país.



## TL 43 - SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ Y COVID-19; REPORTE DE CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Bozinovic, Milan<sup>1</sup>; Larraín, Diego<sup>2</sup>; Holtheuer, Augusto<sup>2</sup>; Diaz, Nicolás<sup>2</sup>. 1Médico Internista, Hospital del Salvador, Santiago. 2Interno de medicina, Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** En el contexto actual de pandemia, sabemos que el COVID-19 ha repercutido enormemente en los sistemas sanitarios a nivel global, comprometiendo no solo el sistema respiratorio de los infectados, sino que se ha presentado desde el inicio con una elevada morbimortalidad asociada a manifestaciones multisistémicas. Dentro de las causas de complicaciones extrapulmonares asociadas, según se ha reportado en Italia, China y España, se puede presentar como efecto del SARS CoV-2 el Síndrome de Guillain Barré. Este síndrome no solo es la causa más frecuente de parálisis flácida en países desarrollados, sino que destaca en Chile con una incidencia descrita que duplica a la global. Este cuadro neurológico se presenta con amplia heterogeneidad de manifestaciones clínicas, desde debilidad aislada de extremidades hasta tetraplejía y falla respiratoria con requerimientos de ventilación mecánica invasiva e incluso muerte. Su diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas asociadas al estudio de líquido cefalorraquídeo y electromiografía. El manejo específico es con inmunoglobulina endovenosa o plasmaféresis, con similares resultados en cuanto a mejoría sintomática y perfil de seguridad. A continuación, se presenta un caso clínico de síndrome de Guillain Barré en paciente hospitalizada por insuficiencia respiratoria aguda grave secundaria a neumonía por SARS CoV-2.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de sexo femenino de 31 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de de compromiso del estado general, mialgias, tos y disnea. Ingresa polipneica, con acidosis metabólica en contexto de cetoacidosis diabética y se diagnostica neumonía por SARS CoV-2. Por insuficiencia respiratoria se conecta a ventilación mecánica invasiva por 5 días y se resuelve cetoacidosis. Posterior a extubación, se complica con neumonía aspirativa requiriendo nueva conexión a ventilación mecánica. Presenta lenta recuperación, evidenciándose tetraparesia, afasia de expresión, trastorno de deglución y parálisis facial. Se complementa estudio con punción lumbar que evidencia proteinorraquia y patrón desmielinizante a la electromiografía. Confirmado el diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré se inicia terapia con inmunoglobulina humana endovenosa, permitiendo la recuperación paulatina de la fuerza de los distintos grupos musculares y del trastorno de deglución, siendo dada de alta luego de 41 días de hospitalización.

**DISCUSIÓN:** Se trata del primer reporte chileno de esta polineuropatía en contexto de infección por SARS COV-2. Enfatizamos la importancia de considerar este diagnóstico diferencial en pacientes que evolucionan con debilidad posterior a estadía en cuidados intensivos; ya que la identificación y tratamiento precoz de este síndrome es crucial para conseguir una importante mejoría pronóstica, tanto en mortalidad como en la evolución funcional.



## TL 45 - ¿LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS FUTUROS MÉDICOS DEL MUNDO ESTÁ EN RIESGO DEBIDO A LA PANDEMIA?: UNA COLABORACIÓN INTERNACIONAL

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Rebolledo, Cristián<sup>1</sup>; Pérez, Francisco<sup>2</sup>; Polanco, Francisca<sup>2</sup>; Pinto, Fernanda<sup>2</sup>; Cisternas, Carla<sup>2</sup>.  
1Médico cirujano especialista en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; 2Interno(a) de medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La actual pandemia por COVID-19 que azota en todo el mundo, ha generado alteraciones importantes en el desarrollo normal de los programas de estudio universitarios. Esto ha generado cambios en las modalidades de enseñanza, obligando a los estudiantes a pasar más tiempo fuera de los establecimientos educacionales. Las escuelas de medicina y sus alumnos son un claro ejemplo de estos cambios debido a que parte de las actividades formativas son realizadas en establecimientos de salud, lugares con alto riesgo de contagio y donde los equipamientos de protección personal pueden ser escasos. En el actual estudio buscamos conocer y comparar los cambios efectuados en los programas académicos y la valoración de estos por parte de estudiantes de distintas escuelas de medicina del mundo. Además, evidenciar la percepción de la experiencia de aprendizaje, así como la expectativa que ellos tienen respecto a su futura calidad profesional.

**MÉTODO:** Se realizó una encuesta a estudiantes de medicina de todos los años en nueve países del mundo, incluyendo Chile. Dicho instrumento consideró 4 ámbitos: posibles cambios en sus programas de estudio desde iniciada la pandemia por COVID-19; percepción de ellos en cuanto a su experiencia de aprendizaje y estudio; valoración de los modos de instrucción; y las proyecciones en su futuro profesional. A través de la plataforma LimeSurvey®, se incluyeron preguntas dicotómicas, de respuesta múltiple y en escala Likert. La encuesta fue traducida en cinco idiomas y validada en los distintos países.

**RESULTADOS:** Un total de 2183 respuestas se recolectaron de los diferentes países. 86% de los encuestados (n=1918) refirió haber cambiado a una modalidad predominante o exclusivamente online, mientras 93% (n=2027) declaró una suspensión o cancelación de sus actividades prácticas. Sin embargo, solo 40% (n=882) manifestó estar al menos satisfecho con su modalidad actual, además 33% (n=688) contestó estar como mínimo satisfecho tanto con su calidad de enseñanza como con su sistema de evaluación. Por otro lado, 81% (n=1773) refirió cambios en sus hábitos de estudio, de estos, la mayoría declaró experimentar cambios negativos (en una razón de 0,57), destacando a Chile y Venezuela con los índices más bajos. Por último, 59% (n=1297) piensa que su calidad de médico se verá afectada negativamente a futuro debido a la actual emergencia sanitaria.

**CONCLUSIONES:** Los programas de estudio de diferentes escuelas de medicina en el mundo han cambiado notoriamente posterior a la emergencia sanitaria por COVID-19. Este estudio internacional multicéntrico muestra por primera vez la percepción de los estudiantes respecto a los cambios y adaptaciones que han sufrido los programas académicos desde iniciada la pandemia. De manera generalizada se denota poca satisfacción en los distintos aspectos consultados y lo que resulta más preocupante es una visión pesimista respecto de las consecuencias que ello pueda tener en su futuro profesional. Estos resultados sugieren la necesidad de fortalecer las estrategias actuales, así como implementar otras medidas a futuro.



## TL 47 - PERITONITIS BACTERIANA PRIMARIA POR SBHGA EN MUJER SANA: A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Ramírez, Andrés<sup>1</sup>; Cisternas, Carla<sup>2</sup>; Polanco, Francisca<sup>2</sup>; Pinto, Fernanda<sup>2</sup>; Pérez, Francisco<sup>2</sup>; Silva, Tomás<sup>2</sup>; Chellew Maureen<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. <sup>2</sup> interno(a) medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una infección aguda del líquido peritoneal sin un foco aparente que puede ser intra abdominal o intraperitoneal. Se puede clasificar según la causa que la provoca en primaria, secundaria y terciaria. La PBE secundaria es comúnmente conocida en contexto de hepatopatías, principalmente cirrosis, así como la terciaria se debe principalmente a complicación de cirugías abdominales. Por otro lado, la PBE primaria corresponde a menos del 1% de las peritonitis, caracterizada por no tener una etiología clara, quirúrgicamente susceptible, siendo el tratamiento la terapia antibiótica endovenosa empírica. Los agentes etiológicos conocidos son aerobios gram negativos (70%), especialmente E. Coli y Klebsiella, y 30% corresponde a Cocáceas Gram positivas como Streptococcus Beta Hemolítico grupo A (SBHGA). La infección por SBHGA es característica de cuadros faríngeos o cutáneos, por lo que su hallazgo en líquido ascítico es inusual, siendo más frecuente en niños y mujeres jóvenes

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 19 años, previamente sana, consulta al servicio de urgencia por cuadro de abdomen agudo. Evoluciona con clínica y parámetros de laboratorio compatibles con shock séptico. Se realiza tomografía computarizada de abdomen y pelvis que evidencia quiste anexial derecho y ascitis leve. Se realiza laparoscopia que se convierte a laparotomía exploratoria por la imposibilidad de encontrar foco, se evidencia hemoperitoneo escaso a partir de un cuerpo lúteo roto, con secreción purulenta significativa, habiendo líquido turbio y pus en los 4 cuadrantes. No se encontraron signos evidentes de perforación. Se realiza colecistectomía y apendicectomía profilácticas. El cultivo de líquido peritoneal resulta positivo para SBHGA, ajustándose antibioticoterapia. La evolución de la paciente fue favorable frente al ajuste de antibióticos, y pese a no encontrar un foco que explique la infección la paciente es dada de alta a los catorce días postoperatorio sin complicaciones.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** SBHGA es un agente infeccioso muy prevalente en cuadros respiratorios y cutáneos. A pesar de ser clásicamente inusual, durante los últimos 20 años los cultivos positivos para este agente en enfermedades sistémicas han ido en aumento, y ha sido evidenciado su presencia en líquido ascítico infectado, en pacientes jóvenes previamente sanos. La PBE primaria sigue siendo un cuadro infrecuente a nivel mundial, pero el aumento en la prevalencia de cuadros sin foco aparente ha generado la necesidad de ser estudiados para establecer un manejo apropiado. Actualmente es necesario, para establecer una aproximación diagnóstica, la historia clínica, laboratorio e imágenes enfocadas en abdomen y pelvis; no obstante, la información que estos entregan sigue siendo imprecisa y la recomendación final para iniciar el manejo es considerar, dentro del estudio de un cuadro de abdomen agudo sin foco, la toma de cultivos de SBHGA en líquido peritoneal.



## TL 48 - ENCEFALITIS LÍMBICA AUTOINMUNE DE ETIOLOGÍA NO PARANEoplÁSICA: UN DIAGNÓSTICO DE RELEVANCIA EN TRASTORNO NEUROPSIQUIÁTRICO DE PRESENTACIÓN SUBAGUDA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Ramírez, Andrés<sup>1</sup>; Polanco, Francisca<sup>2</sup>; Pinto, Fernanda<sup>2</sup>; Pérez, Francisco<sup>2</sup>; Cisternas, Carla<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. <sup>2</sup>interno(a) medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La encefalitis autoinmune (EAI) es una enfermedad inflamatoria que frecuentemente involucra los lóbulos temporales cerebrales, manifestándose como un trastorno neuropsiquiátrico de presentación subaguda. Históricamente descrito como entidad paraneoplásica. En la actualidad, la entidad no paraneoplásica toma relevancia con el reconocimiento de antígenos celulares específicos. Dentro de la patogenia más conocida, se describen los anticuerpos anti R-NMDA, los cuales se asociarían hasta un 40% a teratomas. La resonancia magnética (RM) suele mostrar un compromiso temporal bilateral.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 46 años con antecedente de meningoencefalitis herpética reciente tratada, presenta cuadro de pérdida de motricidad fina, hipomimia, apatía y labilidad emocional que progresa con desorientación temporal, amnesia y estado fluctuante de consciencia hasta el sopor. Ingresa en Glasgow 11, sin signos de compromiso hemodinámico ni respiratorio. Al examen con paratonia generalizada, ojos cerrados, mutismo, movimientos estereotipados, simetría facial, movilizando 4 extremidades ante estímulo doloroso. Examen mental, cerebelo y signos meníngeos no evaluables. Tomografía computarizada de cerebro informa área hipodensa mal definida temporal derecha. Del estudio etiológico, punción lumbar negativa y resto de cultivos negativos. Se decide ampliar estudio con anticuerpos NMDA dado hallazgos infecciosos negativos, los cuales resultan positivos a los 10 días. Se suspende antibióticos y se ajusta manejo específico: Inmunoglobulinas, metilprednisolona y rituximab, con buena respuesta clínica. Del estudio neoplásico dirigido todo resulta negativo.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** El caso corresponde a una EAI no paraneoplásica, anti R-NMDA (+) que se sospechó inicialmente de etiología infecciosa dado antecedentes clínicos y hallazgos a la RM. Los estudios de líquido cefalorraquídeo, inmunológico y búsqueda dirigida de neoplasia permitieron esclarecer la etiología. El diagnóstico de EAI es relevante dada la posibilidad de secuelas neurológicas y su fuerte asociación con neoplasias no diagnosticadas. En este caso particular, los hallazgos imagenológicos iniciales no eran lo habitual descrito en la literatura, por lo que no fue la primera sospecha. Por lo anterior, es que siempre debe estar en el diferencial para un manejo precoz y dirigido.



## TL 49 - CASO DE GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS CON COMPROMISO NEUROLÓGICO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Villalobos Karol<sup>1</sup>; Araya, Melissa<sup>2</sup>; Sepúlveda, Valeria<sup>2</sup>; Meza, Javiera<sup>3</sup>; Gejman, Roger<sup>4</sup> Valenzuela, Andrés<sup>5</sup>. 1Médico Internista, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago. 2Interna de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago. 3Residente de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universidad Católica de Chile, Santiago. 4Anatomopatólogo, Hospital Clínico Universidad Católica de Chile, Santiago. 5Médico Internista, Hospital Clínico Universidad Católica de Chile, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Granulomatosis Eosinofílica con Poliangeítis(EGPA): vasculitis de vaso pequeño ANCA(+). Incidencia: 1-3 por millón de personas. Clínica: pródromo alérgico de rinitis, sinusitis y asma, seguido de un aumento del recuento de eosinófilos en sangre periférica e infiltración eosinofílica en tejidos y finalmente, vasculitis sistémica con fiebre, compromiso del estado general, baja de peso, compromiso articular, púrpura palpable, glomerulonefritis aguda y manifestaciones neurológicas. Su diagnóstico puede tardar 8-10 años desde el inicio del cuadro y representa un desafío para los clínicos.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 59 años con historia de 4 años de tos seca, disnea episódica, rinitis y sinusitis con pólipos nasales, infecciones respiratorias altas y bajas a repetición manejadas con antibióticos, broncodilatadores y cursos breves de corticoides. En el último mes se agregó fatiga, baja de peso con apetito disminuido, ánimo bajo, inatención y fallas de memoria. En la última semana, dolor y aumento de volumen en segundo dedo mano izquierda, rodilla derecha y tobillo izquierdo, y lesiones purpúricas en manos y piernas. Sin alopecia, úlceras orales, fotosensibilidad, Raynaud, xerostomía, xeroftalmia, hematuria macroscópica, ni fiebre. Laboratorio: leucocitos  $13.150 \times 10^3/uL$ , eosinófilos  $7.230 \times 10^3/uL$  (55%), VHS 34mm/h, creatinina plasmática 1,17mg/dL, sedimento de orina compuesto: Razón proteinuria/creatininuria 105 mg/g, eritrocitos 6-10 por campo, 20% dismórficos, 3% acantocitos, cilindros eritrocitarios escasos. RM encéfalo con gadolinio: múltiples infartos agudos frontoparietales bilaterales, temporales izquierdos y en menor medida occipitales bilaterales, de predominio en territorio límite de arteria cerebral anterior, posterior y media. Infartos lacunares agudos talámicos derechos y en caudado derecho. Pequeños infartos cerebelosos bilaterales de similar temporalidad. Ecocardiograma transtorácico sin alteraciones. TAC cavidades paranasales: cambios inflamatorios pansinusales. TAC tórax: signos de broncopatía difusa y áreas de bronquiolitis celular en lóbulo inferior izquierdo, nódulos subsólidos en lóbulo superior derecho. Estudio etiológico: VIH (-), HBsAg (-), anticuerpos anti-hepatitis C (-), RPR (-). ANA (-), C3 y C4 normales, IFI (+) para pANCA a dilución >1/80, ELISA anti-MPO positivo >100 U/mL, anti-PR3(-), anticoagulante lúpico (-), anti-beta2GPI (-), anticardiolipinas IgM indeterminada e IgG (-). FIP1L1-PDGFRA (-). Biopsia de lesiones cutáneas: vasculitis leucocitoclástica intensa con eosinófilos e infarto subepidérmico con ampollas secundarias. Los hallazgos descritos confirmaron el diagnóstico de EGPA. Se indicó pulsos de Metilprednisolona e inducción con ciclofosfamida. La respuesta clínica inicial mostró tendencia a la resolución de lesiones purpúricas y manifestaciones articulares, y normalización del recuento de eosinófilos.

**DISCUSIÓN:** La EGPA es una enfermedad muy infrecuente, generalmente de diagnóstico tardío por su presentación en fases y evolución de varios años. Este caso resulta particular, pues solo un 6-7% de los casos de EGPA presentan manifestaciones neurológicas, causadas frecuentemente por lesiones isquémicas.



## TL 50 - EMBOLIA CEREBRAL SECUNDARIA COMO PRESENTACIÓN DE ENDOCARDITIS BACTERIANA TRAS BIOPSIA TRANSRECTAL

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Cañete, Iván<sup>1</sup>; Anabalón, Germainne<sup>2</sup>; Aitken, Catalina<sup>2</sup>; Ávila, Catalina<sup>2</sup>; Uribe, Gabriel<sup>3</sup>; Carrillo, Felipe<sup>3</sup>; Marín, Verónica<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Becado Medicina Interna, Universidad de Chile; <sup>2</sup>Internas de Medicina, Universidad de Chile; <sup>3</sup>Becados Medicina Interna, Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La endocarditis infecciosa (EI) es una infección grave, con una incidencia global de 20,000 casos nuevos al año. Dentro de sus complicaciones extracardiacas más frecuentes destaca el accidente cerebrovascular (ACV), descrito hasta en un 40% y mortalidad del 20%. La recomendación de la American Heart Association del 2013, limita la profilaxis a pacientes con patologías cardíacas de muy alto riesgo, excluyendo la indicación de profilaxis antibiótica en procedimientos genitourinarios. Se presenta el caso de un paciente con EI secundaria a procedimiento urológico con embolia cerebral secundaria.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 83 años, hospitalizado 6 meses atrás por shock séptico de foco urinario secundario a biopsia transrectal. Ingresa por compromiso de conciencia agudo y afasia, se evalúa con resonancia magnética (RM) que muestra ACV en arteria cerebral media y posterior derecha. Angio-Tomografía de cerebro y cuello muestra estenosis de arteria cerebral posterior derecha; Ecocardiograma transtorácico con insuficiencia aórtica leve y mitral leve a moderada, degenerativas. Presenta nuevo déficit neurológico, con nueva RM que muestra infarto opercular frontal izquierdo con transformación hemorrágica. Se realiza ecocardiograma transesofágico que reporta insuficiencia mitral severa con signos de rotura de cuerda del velo de la válvula mitral. Evoluciona con neumonía aspirativa, debiendo ser intubado, progresando a shock séptico. Hemocultivos positivos para *Enterococcus faecalis*. Se rescatan urocultivos de hospitalización previa con mismo agente. Desde el punto de vista neurológico con deterioro clínico, se realiza nueva tomografía de cerebro que muestra gran hematoma fronto-temporo-insular izquierdo con vaciamiento ventricular y subaracnoideo, fuera de alcance neuroquirúrgico. Se constata coma, desistiendo en nuevas maniobras con posterior fallecimiento.

**DISCUSIÓN:** Las guías recomiendan profilaxis antibiótica sólo en procedimientos dentales en caso de afecciones cardíacas de alto riesgo, no considerándose procedimientos genitourinarios o gastrointestinales. La biopsia de próstata transrectal se considera un procedimiento de bajo riesgo según el punto de vista infeccioso, a pesar de informarse bacteriemias en hasta un 16% en pacientes tras el procedimiento. La Asociación Americana de Urología de 2011 recomienda el uso de antibióticos profilácticos en todos los pacientes previo al procedimiento, dado que disminuiría tasas de bacteriuria, infección genitourinaria febril y sepsis post biopsia transrectal a menos del 5%. La endocarditis infecciosa secundaria a *E. faecalis* es más frecuente en adultos mayores, siendo la principal fuente de infección el foco urinario. Tiene una evolución subaguda de semanas a meses, presentando alta mortalidad, especialmente asociada a complicaciones como ACV, particularmente en contexto de bacteremia persistente. Si bien no se objetivó vegetación, destacaba rotura de cuerda tendínea mitral con reflujo y cultivos persistentemente positivos, concordantes con criterios de Duke modificados. En casos de EI con compromiso a distancia, se sugiere manejo quirúrgico, sin embargo, se desestimó en contexto de condición de paciente.



## TL 51 - RECURRENCIA TARDÍA DE PÚRPURA DE SCHÖNLEIN HENOCH CON COMPROMISO MULTISISTÉMICO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Cañete, Iván<sup>1</sup>; Ávila, Catalina<sup>2</sup>; Aitken, Catalina<sup>2</sup>; Anabalón, Germaine<sup>2</sup>; Uribe, Gabriel<sup>3</sup>; Carrillo, Felipe<sup>3</sup>; Ruiz, José<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Becado Medicina Interna, Universidad de Chile. <sup>2</sup>Internas de Medicina, Universidad de Chile; <sup>3</sup>Becados Medicina Interna, Universidad de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) o vasculitis IgA, es una vasculitis sistémica leucocitoclástica, rara en adultos, con incidencia de 3-14 casos por 100.000/año. Se presenta con púrpura palpable, dolor abdominal, artralgias y hematuria o proteinuria. La inmunofluorescencia directa de las lesiones revela depósitos IgA perivasculares. Es un cuadro autolimitado, pero puede evolucionar desfavorablemente según el compromiso renal y sistémico. La recurrencia se presenta en los primeros 5 años, siendo rara posteriormente.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 21 años, con antecedente PSH en la infancia. Presenta cuadro 2 semanas de evolución caracterizado por lesiones purpúricas en extremidades inferiores (EEII), abdomen y tórax, artralgias y artritis de EEII y epigastralgia. Al interrogatorio dirigido refiere cuadro respiratorio alto, manejo con ketoprofeno. Consulta en extrasistema destacando leucocitosis, pruebas de coagulación normal, panel reumatológico negativo y biopsia concordante con vasculitis leucocitoclástica. Reconsulta por progresión de síntomas, deposiciones disentéricas y disnea de pequeños esfuerzos. Examen físico: púrpura palpable tórax, abdomen y EEII. Estudio al ingreso: anemia normocítica/normocrómica, VHS elevada, leucocituria y hematuria glomerular; Tomografía computada (TC) tórax: focos vidrio esmerilado sugerente de hemorragia alveolar; TC abdomen y pelvis: signos de yeyuno-íleo-colitis. Lavado bronquioalveolar: negativo para hemorragia alveolar. Evoluciona con Hipertensión arterial, hematuria con 14% glóbulos rojos dismórficos, proteinuria 2.7 gramos/24 horas, y elevación de creatinina hasta 1.4, interpretándose como glomerulonefritis rápidamente progresiva. Manejo con ciclofosfamida y bolos de metilprednisolona, con respuesta favorable en lo renal y regresión de lesiones cutáneas.

**DISCUSIÓN:** El PSH es una patología frecuente en población pediátrica, no así en adultos. El compromiso renal es mayor en adultos (49-83% versus 20-28% en niños), además de presentarse más severamente y con peor pronóstico, existiendo hasta un 50% de riesgo de progresión a enfermedad renal crónica al manifestarse con síndrome nefrítico y nefrótico. Se reporta hasta 30% de recurrencia, sobre todo si existe compromiso renal, por lo cual es relevante el seguimiento de estos pacientes. En relación al compromiso pulmonar en el PSH, se describe entre 30-40% de los casos, asociado a hemorragia de mucosa secundaria entre otros a inmunocomplejos, no incidiendo en su pronóstico a largo plazo. En relación a pronóstico, se describe favorable en ausencia de compromiso renal, logrando resolución hasta en un 90% de los casos, no obstante, el compromiso renal es más frecuente en adultos, ensombreciendo el pronóstico de estos pacientes. En este último caso, el tratamiento oportuno con corticoides en altas dosis e inmunosupresores, logra hasta un 60% de recuperación de función renal; siendo la ausencia de hematuria macroscópica y proteinuria predictores de recuperación renal.



## TL 52 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR ESCHERICHIA COLI

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Uribe, Gabriel<sup>1</sup>; Aitken, Catalina<sup>2</sup>; Ávila, Catalina<sup>2</sup>; Anabalón, Germainne<sup>2</sup>; Cañete, Iván<sup>3</sup>; Carrillo, Felipe<sup>3</sup>; Muñoz<sup>3</sup>, Nicolás.<sup>1</sup>Becado Medicina Interna, Universidad de Chile; <sup>2</sup>Internas de Medicina, Universidad de Chile; <sup>3</sup>Becados Medicina Interna, Universidad de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La Endocarditis infecciosa (EI) es una patología potencialmente mortal. La incidencia en Chile es de 2-3 casos por 100.000 habitantes al año, siendo la mortalidad intrahospitalaria asociada de un 26%. De los agentes más frecuentes destacan Streptococcus y Staphylococcus, teniendo el resto una prevalencia menor. La endocarditis por Escherichia coli (E. coli) sólo se ha reportado en 50 casos aproximadamente en la literatura, asociado principalmente a procedimientos invasivos. Se presenta un paciente con endocarditis infecciosa por E. coli, con múltiples lesiones embólicas a distancia.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino 72 años con antecedentes de fibrilación auricular en anticoagulación oral, hipertensión arterial e hiperplasia prostática benigna, con resección transuretral año 2016. Ingresa en contexto de shock séptico en relación asociado a compromiso de conciencia. Se realiza Tomografía computada de abdomen y pelvis que muestra signos de fascitis necrotizante. Se inicia terapia antibiótica y se realiza exploración quirúrgica donde no se describen colecciones ni signos de infección. Evoluciona con dolor lumbar y paresia bilateral de extremidades inferiores, en estudio con resonancia magnética se evidencia absceso epidural espinal (T10 a caudal) con compresión de saco tecal y marcada compresión de raíces, que se maneja de manera neuroquirúrgica. Estudio microbiológico muestra ambos hemocultivos y cultivo de secreción epidural positivo a E. coli, resistente a cotrimoxazol, ciprofloxacino, ampicilina/sulbactam. Se sospecha endocarditis, la cual es confirmada por ecocardiografía transtorácica y transesofágica, que muestra vegetación en válvula aórtica de 8 mm en velo coronario izquierdo. Se decide manejo con Ceftriaxona por un total de 42 días. En su evolución se evidencia regresión de lesiones a nivel lumbar, vegetación valvular y mejoría clínica. Finalmente es dado de alta con manejo ambulatorio con antibióticos para completar 4 meses y rehabilitación.

**DISCUSIÓN:** La Endocarditis infecciosa es una condición con alta morbi-mortalidad. La E. coli representa sólo el 2-3% de las etiologías de EI. Las válvulas más comprometidas son la mitral (55%) y aórtica (20%). Las complicaciones más frecuentes son perforaciones, abscesos y vegetaciones de gran tamaño, de manera excepcional están descritos las infecciones de piel y partes blandas y la fascitis necrotizante. En las últimas series reportadas en la literatura chilena (2017), se reportó solo 1 caso de EI por E. coli en 35 pacientes en 5 años de seguimiento. Este caso es interesante desde el punto de vista diagnóstico y las complicaciones que se asociaron en su evolución. Cabe destacar que el paciente tuvo una evolución favorable al tener el microorganismo aislado y su susceptibilidad.



## TL 53 - GAMMAPATÍAS MONOCLONALES, NO TODO ES MIELOMA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Aguilera, Felka<sup>1</sup>; Alemán, Larissa<sup>1</sup>; Smith, Carlos<sup>2</sup>; Jara, Francisca<sup>2</sup>; Bravo, Carolina<sup>3</sup>; Aranda, Sandra<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Becada, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios. <sup>2</sup>Interno, Universidad de Chile. <sup>3</sup>Médico Internista, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios. <sup>4</sup>Hematóloga, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La aparición de un peak monoclonal en sangre u orina es un hallazgo relativamente común en la práctica clínica. Las Gammapatías monoclonales (GM) se originan por depósito de proteínas mal plegadas, abarcando diversas patologías. Procesos malignos (mieloma múltiple (MM), síndromes linfoproliferativos, amiloidosis), benignos (enfermedades infecciosas, hepáticas, endocrinológicas), e indeterminados como GM de significado incierto.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 56 años con hipertensión arterial, enfermedad renal crónica etiología no precisada y 2 hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca (IC) descompensada (causa no conocida). Consulta en urgencias por cuadro de 3 días de astenia, dolor abdominal difuso, orina espumosa y melena. Examen físico melena al tacto rectal. Endoscopia digestiva alta con gastropatía erosiva difusa. Laboratorio destaca anemia normocítica normocrómica leve; agudización de enfermedad renal; orina completa con proteinuria +++ sin cilindros patológicos; proteinuria 24 horas en rango nefrótico, albúmina y perfil lipídico normal. Electroforesis de proteínas (EFP) + inmunofijación (IF) en suero hipergammaglobulinemia policlonal, EFP + IF en orina componente monoclonal con cadena liviana Kappa y Lambda. Elisa HIV, antígeno superficie VHB, anticuerpos anti VHC y VDRL negativos. Transaminasas, coagulación y TSH/T4L normales. Estudio inmunológico normal. Evoluciona con derrame pleural izquierdo compatible con trasudado. Pro-BNP >35000, troponinas T 15290 y B2 microglobulina 4577. Ecocardiograma transtorácico: dilatación con disfunción sistólica global, hipoquinesia difusa ventrículo izquierdo (VI), disfunción diastólica VI, derrame pericárdico leve. Biopsia médula ósea menos de 2% de células plasmáticas, relación kappa/lambda 1:1, tinción roja congo negativa. Biopsia tejido celular subcutáneo positiva para tinción rojo congo con birrefringencia color verde manzana. Se confirma Amiloidosis de cadena liviana (AL). Inicia quimioterapia esquema Ciclofosfamida/Bortezomib/Dexametasona. Evoluciona con necesidad de hemodiálisis crónica.

**DISCUSIÓN:** Al enfrentar un paciente con hipergammaglobulinemia monoclonal en suero y/u orina se debe tener un amplio espectro de diagnósticos diferenciales de GM. De ellas, MM se sospecha con mayor frecuencia. En un paciente con varias insuficiencias orgánicas (en este caso renal, cardíaco y gastrointestinal) debe sospecharse AL, que corresponde a una enfermedad sistémica en la que proteínas agregadas forman fibrillas en distintos tejidos extracelulares llamadas amiloide. El diagnóstico de amiloidosis requiere biopsia del tejido afectado, que ponga de manifiesto fibrillas birrefringentes verde mediante microscopía de polarización. Se ha estandarizado biopsia de tejido subcutánea de pared abdominal por ser de bajo riesgo. AL es el tipo de amiloidosis sistémica de progresión más rápida y su tratamiento ha de instaurarse idealmente antes de que se desarrollen insuficiencias de órganos. La afectación multisistémica extensa es típica y la supervivencia media sin tratamiento suele ser de 1 año desde el diagnóstico. Los tratamientos actuales se centran sobre las células plasmáticas de médula ósea.



## TL 54 - ENFERMEDAD DE CASTELMAN MULTICÉNTRICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO EN PACIENTE VIH: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Carlos Gómez C\*, Elizabeth Lizama Q\*, Sebastián Cárcamo M\*, Juan Pablo Fuenzalida V\*, Daisy Alzamora T~, Valeska Vega R†, Patricia Vásquez T‡ \*Becado Medicina Interna. ~Staff Medicina Interna HSJD, †Hematólogo HSJD, ‡Jefa Servicio Medicina Interna HSJD

### RESUMEN

**INTRODUCCION:** La Enfermedad de Castelman (EC) corresponde a una neoplasia linfoproliferativa de presentación heterogénea, que comparte una histología común caracterizada por la proliferación de linfocitos B, plasmocitos y vasos sanguíneos a nivel linfonodal. Se clasifica en dos categorías, la EC unicentrica (ECU) y la EC multicentrica (ECM), esta última puede ser de origen idiopático o asociada a el VHH-8. Su fisiopatología es desconocida, identificándose un aumento de los niveles plasmáticos de IL-6. Estadísticas de EEUU describen una incidencia de 6500-7700 casos nuevos por año, siendo más prevalente la ECU en un 75% de los casos, presentándose durante los 30-40 años de vida; a diferencia de la ECM que se presenta posterior a la 6ta década de vida y tiene una fuerte asociación con la infección por VIH en el caso de la ECM VHH-8. Clínicamente la ECM se manifiesta como síndrome consuntivo y síntomas B, asociado a linfadenopatías generalizadas, esplenomegalia y serositis. Laboratorio destaca citopenias al hemograma, elevación de parámetros inflamatorios e hipoalbuminamia. El diagnóstico se confirma mediante biopsia. El tratamiento de la ECM VHH8 se basa en esquemas de corticoides, Rituximab y Doxorubicina. Su evolución natural, respuesta a tratamiento y pronóstico son variables, siendo en general de mal pronóstico, presentado una mortalidad 70-85% a 5 años, con una sobrevida media de 8-14 meses.

**CASO CLÍNICO:** Paciente sexo masculino, 64 años, antecedente de IAM y VIH de 8 años de evolución, buena adherencia a TARV con última carga viral indetectable y CD4 399. Presenta cuadro de 4 meses de baja de peso de 20 kgs, CEG, astenia, fiebre y diaforesis. Sin mayores hallazgos destacables al examen físico. Estudio ambulatorio descarta etiología infecciosa, EDA sin lesiones. En hemograma anemia leve y VHS 130. Se estudia con TAC TAP que demuestra extensa masa infiltrativa retroperitoneal que envuelve parte de estómago, duodeno y colon asociado a adenopatías axilar e inguinal. Se realiza Biopsia de adenopatía axilar la que posteriormente confirma Enfermedad de Castelman Multicentrica asociada a VHH-8. Evoluciona con síndrome de lisis tumoral y falla renal en relación a corticoides, resuelve con hidratación parenteral. Recibe primera dosis de quimioterapia con Rituximab y Doxorubicina liposomal; tras lo cual evoluciona con empiema pleural bilateral. Se maneja con ATB y pleurostomía. Evolución tórpida con shock séptico refractario y falla orgánica múltiple. Finalmente, paciente fallece en UPC.

**DISCUSIÓN:** En pacientes VIH existe un riesgo aumentado de desarrollar ciertas neoplasias, en especial de aquellas de origen infeccioso, como es el caso de la ECM, en quienes la totalidad de los casos se asocia a la infección por VHH-8. Clínicamente debe ser sospechado en todo paciente con clínica e imágenes compatibles, destacando su presentación como síntomas inflamatorios sistémicos, serositis, síndrome consuntivo y síntomas B. Es perentorio el realizar una biopsia de forma precoz para confirmar el diagnóstico, con la finalidad de iniciar quimioterapia. Sin embargo, pese a lo anterior, el pronóstico es pobre, lo cual debe ser informado al paciente y sus familiares.



## TL 56 - TUBERCULOSIS Y SALUD PÚBLICA, ¿QUÉ HACER CUANDO LA FAMILIA SE OPONE AL ESTUDIO DE CONTACTOS? REPORTE DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Yáñez, Valentina<sup>1</sup>; Espejo, Fernanda<sup>1</sup>; Bestwick, Michelle<sup>2</sup>; Jury, Catalina<sup>2</sup>; Sepúlveda, Fernando<sup>2</sup>; Vidal, Joaquín<sup>2</sup>; Morales, Brian<sup>2</sup>; Fuentes, Rodrigo<sup>2</sup>. 1Médica EDF CESFAM Hualqui, Servicio de Salud Concepción; 2Interno medicina, Universidad de la Santísima Concepción

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La tuberculosis es un importante problema de salud pública. El 2019, 10 millones de personas contrajeron tuberculosis. La incidencia mundial se reduce un 2% al año, esto debería aumentar al 4% para alcanzar los hitos provisionales de la estrategia "fin a la tuberculosis" fijada por la organización mundial de la salud (OMS) para 2020; destaca que ningún paciente que presente tuberculosis ni su familia tenga que afrontar costos catastróficos como resultado de la enfermedad. En Chile, el 2017 la incidencia de tuberculosis aumentó, alcanzando 15,6 casos por 100.000 habitantes, comparado con el año 2015 donde se notificaron 13 casos por cada 100.000 habitantes. La mortalidad específica por tuberculosis en cambio se mantiene estable, siendo 1,2 por 100.000 en el año 2017.

**CASO CLÍNICO:** MSA, hombre 53 años, con antecedentes de alcoholismo crónico y tuberculosis pulmonar tratada en 2015. Vive con su madre y hermanos. El 2019, un hermano fue diagnosticado de tuberculosis pulmonar, según norma Ministerial se debía realizar estudio de contactos a MSA, sin embargo, él y todo el núcleo familiar se negó a pesar de múltiples intentos. En mayo de 2020, se informa al equipo del programa de tuberculosis (PROCET) que MSA estaba postrado, con tos, anorexia y baja de peso, 10 kilogramos hace un mes. Se realizó baciloscopia de esputo resultando positiva (+++). Ingresó a PROCET pesando 48 kg por lo que se indicó inicio inmediato de tratamiento. Radiografía de tórax reveló lesiones fibroresiduales pleuropulmonares post tuberculosis con bronquiectasias en pulmón derecho. Madre accede al estudio de contactos, al ser asintomática respiratoria le corresponde radiografía de tórax, sin alteraciones. Sin embargo, hermanos que también cumplen con la definición de contacto se niegan al estudio e incluso a las entrevistas con el equipo de salud.

**DISCUSIÓN:** Lejos de ser una enfermedad del pasado, la tuberculosis es un problema aún vigente, no por nada los 2018 organismos internacionales realizaron diferentes convenciones para definir lineamientos mundiales en torno a ella. El desafío de los clínicos nacionales es educar y promover estrategias de salud pública para que poblaciones más vulnerables puedan acceder al diagnóstico oportuno, también definir hasta dónde llega nuestro actuar como médicos, partiendo por la máxima "primum non nocere", entendiendo que la decisión final siempre será del paciente, a pesar de esto tenemos la responsabilidad de formar una adecuada relación médico paciente, la que a su vez permite que el paciente entienda su patología desde todos los puntos de vista, para así lograr un tratamiento eficaz desde el perfil biopsicosocial. No debemos olvidar que somos responsables de comprobar la capacidad legal y de evaluar la competencia o capacidad de hecho del enfermo para tomar una decisión tan trascendente como es no realizar estudio de una enfermedad de notificación obligatoria. Pudiendo tomar una posición activa o pasiva frente a la situación que observamos. Queda más que claro lo necesario que modernizar las estrategias de pesquisa y la educación a la población sobre la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno de la tuberculosis.



## TL 57 - HIPERPIGMENTACIÓN CUTÁNEA SECUNDARIA A USO DE CLORPROMAZINA: A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Brito, Valentina 1; Lopez, María Ignacia 1; Zamora, Valentina 1; Bergen, María José 2; Henríquez, Rocío 2; Galindo, Sebastián 2; Jaramillo, Manuel 2; Rodríguez, Sofía 2.1 Beca Medicina Interna, Universidad de los Andes, Santiago, Chile. 2 interno de Medicina, 7mo año, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La clorpromazina es una droga antipsicótica del grupo de las fenotiazinas de uso habitual para patologías tales como la esquizofrenia y los estados de agitación, dentro de ellos, psicosis, manías o delirium. Los efectos secundarios más frecuentes de la clorpromazina que han sido descritos son aumento de peso, sedación, desórdenes del movimiento, e hipotensión ortostática<sup>1</sup>. De manera excepcional, se describe la pigmentación gris-violácea en áreas fotoexpuestas y estructuras oculares en contexto de tratamiento de larga data y en altas dosis. La fisiopatología no está del todo clara: estudios microscópicos sugieren depósitos de melanina, del fármaco y de potenciales metabolitos que aún se desconocen en la dermis<sup>2</sup>. Se ha observado tanto reversibilidad como cronicidad de la pigmentación, sin existir consenso a la fecha.

Este artículo presenta un caso de pigmentación gris-azulada en un paciente con tratamiento de larga data con clorpromazina, hospitalizado en contexto de insuficiencia respiratoria aguda secundaria a COVID-19.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de sexo masculino, 75 años con antecedentes de esquizofrenia y enfermedad cardíaca no precisada, en tratamiento con clorpromazina cada 8 horas, en dosis de 150 mg - 150 mg y 200 mg respectivamente, amitriptilina, clonazepam y bisoprolol. Institucionalizado hace 20 años, parcialmente autovale. Fue trasladado por cuidadora al servicio de urgencias por 24 horas de evolución de disnea posterior a episodio de emesis. A su ingreso destaca desaturación hasta 80%, fibrilación auricular (FA) de 110 latidos por minutos sin compromiso hemodinámico, fiebre hasta 38.5 °C, desorientación y agitación psicomotora. Al examen físico se describe desorientado, con pigmentación azul-violácea en cara y cuello, crépitos a la auscultación pulmonar, sin otras alteraciones.

Se solicita radiografía tórax que evidencia características compatibles con infección por SARS-COV 2, con posterior PCR (+). Recibe apoyo con cánula nasal de alto flujo a 60 litros/min, mostrando mejoría ventilatoria, pero persistiendo alteración cutánea. Adicionalmente, se controla frecuencia de FA con beta bloqueadores. En este contexto ingresa a UCI para monitorización y manejo de cuadro respiratorio.

Durante hospitalización, evoluciona favorablemente en cuanto a lo respiratorio, revierte insuficiencia respiratoria, pero mantiene pigmentación violácea en cara, región anterior del cuello y tórax. Al interrogatorio dirigido a familiar desconoce la fecha de aparición de la pigmentación cutánea y confirma uso de clorpromazina desde hace por lo menos 20 años.

**DISCUSIÓN:** Este caso evidencia la importancia de conocer los fármacos psicotrópicos y sus efectos adversos, especialmente aquellos asociados a hiperpigmentación cutánea. Más aún si se trata de un cuadro sugerente de hipoxemia, en donde podría confundirse con cianosis de origen central. La literatura describe una pigmentación gris-azulada en 1% a 2.9% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados a largo plazo<sup>3</sup>.



## TL 58 - LUMBALGIA DE CAUSA INHABITUAL

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Hernández, Gabriela<sup>1</sup>; Retamal, Ignacia<sup>2</sup>; Devoto, Angela<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Becada Medicina interna Universidad de Valparaíso. <sup>2</sup>Interna Universidad de Valparaíso.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La tuberculosis es una enfermedad frecuente y corresponde a una gran causa de mortalidad infecciosa en países no desarrollados. La prevalencia en Chile es de 15,6/100.000 habitantes.

La forma más común de presentación es pulmonar, sin embargo, también existen presentaciones extrapulmonares. En Chile la incidencia de tuberculosis extrapulmonar es de un 21%, y el mal de pott representa el 35% de estas. Los factores de riesgos asociados incluyen edad, comorbilidades y estado inmune del paciente.

La espondilodiscitis tuberculosa, se manifiesta principalmente en personas de edad avanzada, suele comprometer columna dorsal y lumbar, presentando un curso muy prolongado antes de dar sintomatología. Se manifiesta con dolor, edema y limitación funcional articular. Presenta una triada clásica: giba dorsal, absceso y síntomas neurológicos (pérdida de sensibilidad de miembros inferiores y en casos avanzados plejía). Es de diagnóstico difícil, por lo que requiere apoyo imagenológico, para evitar el retraso en el manejo y posibles complicaciones como la fractura vertebral. El mal de Pott tiene preferentemente un manejo médico, sin embargo, puede ser necesaria una resolución quirúrgica para corregir deformidades óseas y drenaje de abscesos.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenina, 64 años, con antecedente de sífilis tratada.

Consultó por dolor lumbar de 4 años de evolución irradiado a sacro, que le ocasionaba leve limitación funcional, asociado a síntomas B. Se realiza escáner (TC) para estudio de colecistitis encontrando como hallazgo alteración en la estructura ósea, a nivel de cuerpos vertebrales T11 y T12 compatible con probable espondilodiscitis, asociado a signos de bronquiolititis en ambos pulmones, con imágenes nodulillares de distribución miliar, por lo que se hospitaliza para continuar estudio.

Durante hospitalización se realiza anamnesis y examen físico detallado, sin embargo, no se encuentran signos de déficit neurológico. Los exámenes de laboratorio se encontraban normales, se descartó VIH y se realizaron 2 baciloscopías que resultan positivas, diagnosticándose mal de pott. No se hizo biopsia de la lesión por ser altamente sugerente de tuberculosis.

Es evaluada por neurocirugía y se toma TC de cerebro, que resulta sin hallazgos, descartándose complicación asociada.

Se inicia tratamiento de tuberculosis con dosis fija combinada y manejo ortopédico con corsé, lográndose el control de la patología.

**CONCLUSIONES:** El diagnóstico de mal de pott es frecuentemente tardío, dado que los síntomas son inespecíficos, existe demora en la consulta y el índice de sospecha es bajo, como ocurre en el caso recién presentado. En este caso probablemente la paciente sí tenía un factor de riesgo para desarrollar esta patología, ya que la lumbalgia inició en el periodo en que la sífilis todavía no se trataba. Finalmente cabe mencionar, que el pronóstico de los pacientes que no presentan déficit neurológico, ni deformidad marcada suele ser bueno, por lo que resulta vital el reconocimiento de esta forma de tuberculosis, que no siempre se tiene en cuenta.



## TL 59 - VIRUS VARICELA ZOSTER EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico.

**AUTORES:** Riquelme, Camila<sup>1</sup>; Fuenzalida, Juan Pablo<sup>1</sup>; González, Francisco<sup>1</sup>; Aguilera, Felka<sup>1</sup> Cassanova, Olga<sup>2</sup>; González, José Tomás<sup>3</sup>; Guidotti, Francesca<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Becada de Medicina Interna, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios. <sup>2</sup>Becada de Medicina Interna, CONACEM, Hospital San Juan de Dios. <sup>3</sup>médico Internista, Sección Hematología, Hospital San Juan de Dios

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La infección por el virus de la varicela-zoster (VVZ) causa dos formas clínicamente distintas de enfermedad. La infección primaria produce varicela, caracterizada por lesiones vesiculares en diferentes etapas de desarrollo, ubicadas en cabeza, tronco y extremidades. El Herpes Zoster, corresponde al resultado de la reactivación de la infección endógena latente por VVZ y se caracteriza por una erupción vesicular unilateral dolorosa, que generalmente ocurre en una distribución dermatómica restringida.

Pacientes inmunodeprimidos presentan un riesgo muy elevado de cursar formas de varicela persistentes o progresivas de carácter grave o incluso fatal y el zóster puede tender a generalizarse superando el territorio de un dermatoma. Los tratamientos antitumorales conllevan una profunda linfopenia y neutropenia. Cuando el control de la inmunidad celular descendiende se rompe el equilibrio entre el huésped y el virus, que caracteriza al estado de latencia, permitiendo el brote del herpes zóster.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial, síndrome antisintetasa, reflujo gastroesofágico, neuralgia post herpética por un herpes zoster inframamario izquierdo hace 1 año y diagnóstico reciente de Linfoma No Hodgkin de células grandes B Etapa IE en contexto de lesión perianal que motiva el estudio. Ingres a hospitalización programada para primer ciclo de quimioterapia R-CHOP con adecuada tolerancia. Previo a la fase de inducción se suspenden fármacos de uso habitual (Metotrexato, Azatioprina y Prednisona) y por antecedente de herpes zoster se deja con profilaxis con aciclovir 400 mg vía oral cada 12 horas.

El día 14 posterior al inicio de quimioterapia, presenta neutropenia febril de alto riesgo con recuento absoluto de Neutrófilos (RAN): 207, por lo que se inicia antibioterapia 1° línea con cobertura gastrointestinal por lesión anal. A las 24 horas evoluciona con lesiones vesiculares pruriginosas y dolorosas sobre lesión herpética antigua, asociado a eritema difuso en paladar blando. Se inicia Aciclovir endovenoso 10mg/kg c/8 horas y Filgastrim más Ácido Folinico hasta RAN >1000. Ante cultivos negativos y ausencia de otro foco se suspenden antibióticos cumplidos 7 días. Rápidamente abarca dermatomas contiguos y traspasa línea media. A las 48 horas se observa aparición de lesiones similares en extremidades, en diferente estadio, predominando el prurito como síntoma asociado. Al 10mo día de tratamiento, sin nuevas lesiones durante últimas 48 horas, se decide traslape a Aciclovir vía oral hasta resolución de éstas. Ante adecuada evolución clínica se decide alta domiciliaria.

**DISCUSIÓN:** Debido a que los pacientes neutropénicos no pueden desarrollar respuestas inflamatorias robustas, puede ocurrir una infección grave con síntomas y signos mínimos.

La duración del tratamiento para varicela es de un mínimo de 7 días o hasta que haya pasado 48 horas sin fiebre y sin que brote una nueva lesión. La terapia debe iniciarse tan pronto como se tenga conocimiento del diagnóstico. En el caso del herpes zóster los criterios de tratamiento son iguales.



## TL 60 - MIOPERICARDITIS COMO MANIFESTACION DE SINDROME HIPEREOSINOFILICO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Brito V.1; Bergen, M.2; Katz R.2; Rodríguez S.2; Sancho F.2; Herrera M.3; Bontá C.3; Verdugo F. 4  
1Becada Medicina Interna, Universidad de los Andes.2Interno/a de Medicina, 7mo año, Universidad de los Andes.  
3Médico Internista, Hospital Militar de Santiago.4Cardiólogo, Hospital Militar de Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome hipereosinofílico (SHE) corresponde a un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por sobreproducción de eosinófilos y secundario daño de órgano blanco, por infiltración eosinofílica o liberación de mediadores proinflamatorios. La afección cardíaca es frecuente, siendo el principal factor pronóstico de morbimortalidad. El SHE constituye un desafío, con múltiples diagnósticos diferenciales que se plantean al estudiarlo.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino 30 años con historia de asma alérgica no controlada, diagnosticada el 2017, en tratamiento con broncodilatadores, corticoides inhalatorios, Montelukast y antihistamínicos, seguido por broncopulmonar y varios episodios de crisis de su cuadro de base durante el año. Hospitalizado recientemente por neumonía y exacerbación de asma, destacando eosinófilos en 27%, recibiendo ceftriaxona y claritromicina, siendo dado de alta con corticoides orales.

Consulta en servicio de urgencia por compromiso del estado general, sensación febril no cuantificada, tos productiva y dolor torácico opresivo moderado con tope inspiratorio que se atenúa con cambios de posición que persistieron desde última hospitalización. Al examen físico destaca taquicardia, febrículas, sibilancias a la auscultación y lesiones maculo-papulares en dedos a distal y planta de pies.

En el laboratorio destacan electrocardiograma con ritmo sinusal, mala progresión de R anterior, ondas T negativas V4 a V6; leucocitos 12.600, eosinófilos 3870, PCR 50,3, BNP 228, troponina US 4.575 CK Mb 16.36, CK total 206. AngioTAC de tórax sin TEP, leve derrame pleural bilateral, áreas de vidrio esmerilado, árbol en brote y derrame pericárdico moderado. En el ecocardiograma destacan hipocinesia anterolateral, FEVI 45-50% y derrame pericárdico moderado. Ingres a la unidad coronaria, con diagnóstico de miopericarditis en contexto de SHE en estudio. Se realizó un extenso estudio multidisciplinario, en donde destaca:

-RNM cardíaca con signos de miopericarditis, fibrosis endomiocárdica, trombo intraventricular izquierdo en segmento basal inferolateral, FEVI 43%.

-Panel viral, serologías, estudio parasitológico y microbiológico negativos.

-IgE 946, FR 22, ANCA negativo. ANA negativo.

-Lavado bronco-alveolar: CD4 1150-895, CD8 1021-1023 (ambos aumentados).

-Biopsia medula ósea y estudio genético (FIP1L1 / PDGFRA, JAK2, BCR-ABL) negativo para síndrome mieloproliferativos crónicos. En base a los elementos clínicos, imagenológicos y laboratorio extenso, se concluye un SHE autoinmune tipo granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) con endocarditis de Löeffler. Recibe corticoides sistémicos asociado a micofenolato y 2 ciclos de rituximab, mejorando clínicamente, disminuyendo biomarcadores cardíacos, eosinófilos, parámetros inflamatorios y serositis.

**DISCUSIÓN:** El compromiso cardíaco en SHE es variado, describiéndose miocardiopatía restrictiva con complicaciones embólicas, vegetaciones eosinofílicas o arritmias entre otras. Previamente se ha descrito mayor compromiso miocárdico en pacientes con EGPA y marcador ANCA negativo.



## TL 62 - POLINEUROPATÍA DESMIELINIZANTE, EDEMA GENERALIZADO, LESIONES CUTÁNEAS EN PACIENTE CON GAMMAPATÍA BICLONAL; REPORTE DE CASO

TIPO DE TRABAJO: Caso Clínico

**AUTORES:** Yáñez, Tatiana L<sup>1</sup>; Elsaca, Enrique<sup>2</sup>; Calletti, María J<sup>2</sup>; Morales, Álvaro J<sup>2</sup>; López Jorge A<sup>2</sup>; Parada, Angélica G<sup>2</sup>; Cabrera, José M<sup>2</sup>; Mellado, Gonzalo<sup>2</sup>. (1). Médico Internista, Docente Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile (2). Estudiante de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las gammapatías monoclonales son un grupo de enfermedades hematológicas caracterizadas por la proliferación monoclonal de células linfoplasmocíticas. Existe un amplio espectro de manifestaciones clínicas, que varían desde pacientes asintomáticos, hasta cuadros multisistémicos como el Síndrome de POEMS. Se presenta el caso de una paciente con gammapatía biclonal con compromiso multisistémico, con alta sospecha de Síndrome de POEMS.

**CASO:** Mujer de 90 años, con antecedentes de hipertensión, cardiopatía hipertensiva, y enfermedad renal crónica etapa 3A, consulta por cuadro de 4 semanas de evolución de edema severo de extremidades, tanto inferiores como superiores, no gravitacional, asociado a debilidad muscular que lleva a la postración. Al examen físico destaca edema marcado de extremidades, con fovea, sin signos de ascitis, sin edema palpebral. Piel con múltiples lesiones maculares eritemato-violáceas en extremidades. Además, destaca tetraparesia simétrica M3-M4. Se hospitaliza para estudio. Respecto al síndrome edematoso: se descarta descompensación de insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal: Ecocardiograma sin cambios desde el 2016, Creatinina en 1.4 mg/dl (Creatinina basal de 1.2 mg/dl). Pruebas hepáticas sin alteraciones. En el hemograma destaca anemia moderada normocítica normocrómica, con VHS de 76 mm/hr. Se realiza SOC que muestra dipstick con proteínas positivas + (una cruz), e IPC: 1.7. En relación al estudio de la tetraparesia: CK en rango, TC de Cerebro sin lesiones agudas y panel reumatológico con alteraciones inespecíficas. Se continuo estudio con electromiografía, que muestra una polineuropatía desmielinizante simétrica distal sensitivo/motora crónica. Por sospecha de gammapatía monoclonal se realiza Electroforesis de Proteínas que muestra hipergammaglobulinemia con aumento de paraproteínas e Inmunofijación en Orina que muestra Gammapatía Biclona IgG Kappa y Kappa liviana. Evaluada por Hemato-Oncología, se plantea el diagnóstico de Gammapatía Biclona de significado tisular. Dada la edad y funcionalidad de la paciente, se decide manejo proporcional con esquema de Melfalán-Prednisona oral.

**DISCUSIÓN:** El síndrome de POEMS es una manifestación paraneoplásica poco frecuente de las gammapatías monoclonales, para cuyo diagnóstico se requiere cumplir los dos criterios obligatorios, un criterio mayor, y un criterio menor. Sus criterios obligatorios son la polineuropatía desmielinizante, y una gammapatía monoclonal; los criterios mayores son la elevación de VEGF, las lesiones osteoescleróticas y el síndrome de Castleman. Los criterios menores son lesiones cutáneas, organomegalia, edema, endocrinopatías, trombocitosis/policitemia, y el papiledema. Se presenta el caso de un paciente que cumple con ambos criterios obligatorios (polineuropatía y gammapatía), dos criterios menores (edema generalizado y lesiones cutáneas), pero no cumple ningún criterio mayor, aunque no se pudo evaluar el nivel de VEGF (examen no disponible en nuestro medio). **CONCLUSIÓN:** El síndrome de POEMS es un cuadro infrecuente con manifestaciones multisistémicas que requieren un enfoque diagnóstico multidisciplinaria y alto índice de sospecha.



## TL 63 - MENINGITIS TUBERCULOSA EN EMBARAZADA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO ANTE CRISIS CONVULSIVA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Yañez, Valentina<sup>1</sup>; Espejo, Fernanda<sup>1</sup>; Bestwick, Michelle<sup>2</sup>; Jury, Catalina<sup>2</sup>; Silva, Valentina<sup>2</sup>; Roa, Danitza<sup>2</sup>; Ravanal, Carolina<sup>2</sup>; Hernandez, Walter<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Médica EDF CESFAM Hualqui, Servicio de Salud Concepción, Concepción, <sup>2</sup>Interno medicina, Universidad de la Santísima Concepción, Concepción, <sup>3</sup> Interno Medicina, Universidad Católica, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** En los Estados Unidos en 2018, hubo 1828 casos de tuberculosis extrapulmonar, de los cuales el 3.8% correspondió meningitis tuberculosa (MTBC), en nuestro país no existen datos epidemiológicos de esta patología. La MTBC se desarrolla con mayor frecuencia como una complicación de infección primaria progresiva en lactantes y niños pequeños, y de bacteremia por reactivación crónica en adultos con deficiencia inmunológica.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 27 años, cursando embarazo de 28 semanas, sin enfermedades crónicas conocidas. Consultó en SAPU por cuadro de compromiso de conciencia de 6 horas de evolución asociado a crisis convulsiva tónica clónica. Se derivó a urgencias obstétricas donde se descartó patología propia del embarazo y se solicitó evaluación por Neurología. Destaca en laboratorio de ingreso PCR 3,41 mg/dl, Leucocitos 6540, fórmula diferencial normal, Hemoglobina 8,1 Gr/dl, Plaquetas 420.000, nivel vitamina B12 disminuido (192 pg/dl), Citoquímico de líquido cefalorraquídeo (LCR): levemente opalescente, xantocrómico +/-, proteinorraquia 434 mg/dl, Glucorraquia 12 mg/dl, Eritrocitos escasos, Leucocitos 116 mm<sup>3</sup>, polimorfonucleares 26% y mononucleares 74%, A.D.A 7,98. Se decidió hospitalización en Unidad de cuidados intermedios con sospecha diagnóstica de Meningitis Bacteriana o Viral. El cultivo de LCR resultó negativo y reacción de polimerasa en cadena de LCR positiva para mycobacterium tuberculosis, baciloscopia de esputo negativa. Se confirmó el diagnóstico de MTBC e inició tratamiento antituberculoso con dosis fija combinada, bien tolerado. Luego de 21 días se realizó cesárea programada. Cultivo para micobacterias de placenta resultó negativo. Según protocolo se inició quimioprofilaxis al recién nacido sin reacciones adversas asociadas. La paciente completó su tratamiento antituberculoso en atención primaria, sin secuelas neurológicas.

**DISCUSIÓN:** La MTBC conlleva una alta morbilidad y mortalidad, particularmente entre pacientes coinfectados con VIH, reportándose muertes en el 20 a 67% de los infectados recibiendo tratamiento, siendo totalmente fatal sin tratamiento. Factores determinantes en el pronóstico de esta enfermedad, es el diagnóstico precoz y el inicio temprano de tratamiento específico, lo cual se convierte en un desafío en la práctica clínica, debido a que muchas veces no está dentro de nuestra primera opción diagnóstica, por lo que la MTBC debe considerarse en cualquier paciente que presente síntomas y signos de meningitis en regiones con una alta carga de tuberculosis y en individuos de alto riesgo en regiones con cargas más bajas. Los hallazgos clínicos, microbiológicos y radiológicos deben usarse de manera conjunta para apoyar el diagnóstico y así iniciar tratamiento precoz; como ocurrió en el caso de nuestra paciente; que es determinante en el pronóstico final del paciente. Casos como estos deben ser reportados debido a la infrecuencia de esta patología y a la relevancia de que exista literatura disponible.



## TL 64 - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A VASCULITIS ANCA, SERIE CLÍNICA DE 14 PACIENTES

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Juan Hormazábal A.1-2, Miguel Gutiérrez T.2, Mónica Gutiérrez C.2, Sebastián Ahumada B.2, Claudia Valenzuela D.2, Elena Jarpa M.2, Mauricio Leissner S.2, Carlos Niklander K.2, Mario Santamarina R.2, Helmuth Goecke S.2 1. Universidad de Antofagasta - Universidad de Valparaíso 2. Hospital Naval Almirante Nef

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Recientemente se ha documentado una asociación entre enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) y vasculitis asociada a ANCA (VAA), especialmente en aquellos positivos para mieloperoxidasa (MPO). El objetivo de este trabajo es describir características clínicas, de laboratorio, imagenológicas y de función pulmonar, como también el tratamiento de una serie de 13 pacientes con esta asociación.

**MÉTODOS:** Se analizó en forma retrospectiva las fichas clínicas de 13 pacientes con EPID asociada a VAA de nuestro hospital, controlados entre año y año.

**RESULTADOS:** 7 pacientes eran mujeres (62%). La edad media al diagnóstico fue 70 (52-82) años. La EPID fue diagnosticada antes que la VAA en 7 de los casos (54%); simultáneamente en 3 casos (23%); y durante el seguimiento de la VAA en 3 casos (23%). En diez pacientes (77%) el fenotipo clínico fue poliangeitis microscópica (PAM) y en 3 pacientes (23%) fue granulomatosis con poliangeitis (GPA). Las manifestaciones clínicas más frecuente fueron los síntomas pulmonares (100%), seguido de compromiso renal (69%), neuropatía periférica (31%), manifestaciones otorrinolaringológicas (15%), manifestaciones cutáneas (1 paciente) y fiebre prolongada (1 paciente). La especificidad ANCA fue MPO en 10 casos (77%) y PR3 en 1 caso; un paciente tuvo ANCA atípico y 1 paciente fue ANCA negativo (GPA localizada).

El patrón tomográfico fue neumonía intersticial no específica (NINE) en 7 casos (54%) y neumonía intersticial usual (NIU) en 6 casos (46%). La CVF inicial fue normal en 7 pacientes (54%), restricción leve en 3 pacientes (23%) y restricción moderada en 3 pacientes (23%). La DLCO inicial fue moderadamente reducida en 6 pacientes (46%), levemente reducida en 5 pacientes (38%) y normal en 1 paciente.

El tratamiento de inducción consistió en metilprednisolona endovenosa (EV) (7 pacientes), rituximab (5 pacientes), ciclofosfamida (4 pacientes), micofenolato (1 paciente), azatioprina (1 paciente) y metotrexato (1 paciente). Todos los pacientes recibieron prednisona. La terapia de mantención incluyó azatioprina (38%), micofenolato (15%) y metotrexato (15%); cuatro pacientes recibieron solo prednisona.

El tiempo de seguimiento fue 73 (2-144) meses. Dos pacientes fallecieron, a los 2 meses y 3 años después del diagnóstico, respectivamente, ambos debido a insuficiencia respiratoria. Nueve pacientes permanecieron inactivos al término del seguimiento. Dos pacientes perdieron seguimiento.

Seis pacientes tuvieron mejoría o estabilidad en su función pulmonar al seguimiento y 3 pacientes empeoraron.

**CONCLUSIÓN:** En nuestra serie, la EPID asociada a VAA fue más frecuente en vasculitis ANCA-MPO. Aparte de la enfermedad pulmonar, el compromiso renal fue el más frecuente. El patrón imagenológico se distribuyó de manera equitativa entre NIU y NINE. En la mayoría de los pacientes la EPID se presentó antes o concurrente al diagnóstico de VAA.



## TL 65 - SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN MIELODISPLÁSICO/MIELOPROLIFERATIVO. UN DESAFÍO AL DIAGNÓSTICO. REPORTE DE CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Camus, Sebastián<sup>1</sup>; Madrid, Salvador<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Becado de medicina interna, Universidad de Chile. <sup>2</sup>Médico internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome mielodisplásico/mieloproliferativo corresponde a un grupo de neoplasias mieloides que comparten características tanto de la línea mielodisplásica, como citopenias y displasia de una o varias líneas celulares, como mieloproliferativa, con síntomas constitucionales, recuento elevado de alguna línea celular o infiltración extramedular. Dada la complejidad para llegar al diagnóstico, se desconoce su prevalencia real. La supervivencia es amplia, con rango entre los 3 meses y más de 7 años, siendo el tratamiento definitivo el trasplante de médula ósea, sin existir aún consenso en el tratamiento más adecuado para los que no son candidatos a trasplante. El presente caso tiene como objetivo dar cuenta de esta patología para mantenerla en consideración como alternativa diagnóstica en situaciones similares. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 71 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial e hiperplasia prostática benigna. Consulta en unidad de emergencias por compromiso del estado general progresivo de meses de evolución. Se realiza hemograma evidenciándose anemia severa normocítica, normocrómica, sin compromiso de otras líneas celulares. Se deriva a policlínico de medicina interna para iniciar estudio, destacando en nuevo hemograma la presencia de anemia moderada normocítica, normocrómica (Hb 7,4 g/dL), arregenerativa (índice reticulocitario corregido 0,43), no ferropénica, leucocitos 5640/mm<sup>3</sup> con 53% de segmentados, 40% linfocitos, 3% baciliformes y 3% monocitos, y plaquetas 133 000/mm<sup>3</sup>. En frotis se evidencia anisocitosis, dacriocitos, eliptocitos, esquistocitos y poiquilocitosis. Dado los hallazgos se decide hospitalizar para completar estudio. Se realiza análisis de médula ósea donde se observa, en impronta, médula hipocelular con cambios displásicos megacariocíticos y posible mieloptosis. Con este hallazgo se inicia estudio de neoplasias, realizándose tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis que evidencia nódulo pulmonar de 8 mm, inespecífico, endoscopia digestiva alta con pólipos fúndicos, colonoscopia y antígeno prostático normales. Sin embargo, en biopsia de médula aparecen hallazgos compatibles con síndrome mielodisplásico/mieloproliferativo, con MPO (+), CD71(+), CD61(+), CD34 y CD117(+) en blastos alrededor del 5%, CD5 y CD20(+) en linfocitos pequeños dispersos y en acúmulos linfoides aislados de carácter reactivo. Finalmente, se realiza estudio citogenético que detecta mutación V617F en exón 14 del gen JAK-2. Actualmente el paciente continúa en controles periódicos con especialidad, sin requerimientos transfusionales, con aporte de ácido fólico suplementario y a la espera de inicio de azacitidina.

**DISCUSIÓN:** Las bicitopenias en el adulto mayor debe motivar al estudio de patologías malignas. Dentro de estas posibilidades se encuentran los trastornos mielodisplásicos y leucemias. En ocasiones el diagnóstico puede llegar a ser confuso, sin embargo, muchas veces la biopsia de médula ósea termina siendo fundamental para llegar al diagnóstico definitivo, incluyendo aquellos trastornos hematopoyéticos de menor incidencia como el presente caso.



## TL 66 - SARCOIDOSIS Y SU DIFÍCIL CERTEZA DIAGNÓSTICA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Sofia González C.1, Carlos Gómez C.1, Catalina Fernández P.1, Pablo López R.2, Patricia Vásquez T.3.1.- Becada/o Medicina Interna Universidad de Chile;2.- Médico Internista Hospital San Juan de Dios; 3.- Infec-tología Hospital San Juan de Dios.

### RESUMEN

**INTRODUCCION:** La sarcoidosis es una enfermedad sistémica caracterizada por el desarrollo de granulomas no caseificantes, con mayor prevalencia de afectación pulmonar, cutánea y ocular. Es poco frecuente, en series euro-peas se describen 1-15 casos por 100.000 habitantes, siendo más prevalente en hombres entre 20 y 50 años y en raza negra. Su fisiopatología se basa en alteraciones inmunológicas en la cual macrófagos alveolares presentan hiperactividad ante antígenos no especificados. Dada su inespecificidad clínica, las claves diagnósticas radican en las imágenes que muestran granulomas y en la histología. En el tratamiento inicial se usan corticoides, sin embargo, hay casos en que la enfermedad remite de forma espontánea, lo que se cree sería por la desaparición del antígeno que desencadenó la respuesta inmune.

**DESCRIPCION DEL CASO:** Paciente de sexo femenino, 52 años, nacionalidad colombiana, raza afroamericana y con antecedente de comunicación intraauricular operada e hipertensión arterial, consultó por cuadro de 5 meses de dolor torácico opresivo intermitente y tos seca, asociado a pápulas hiperpigmentadas en disposición lineal en piernas. Al examen físico de ingreso destacan máculas de aspecto cicatricial en piernas. Del estudio inicial: exámenes de laboratorio y electrocardiograma normales. Se amplía estudio beta 2 microglobulina: 2156, tomografía computada con fase angiográfica de tórax que muestra conglomerado de adenopatías mediastínicas, múltiples adenopatías hiliares bilaterales mayores de 36 mm, múltiples nodulillos centrolobulillares, nódulo de 4 mm en hilio hepático y nódulo de 7 mm a nivel de cisura mayor izquierda. Además, se realiza PET-CT: Adenopatías y conglomerados nodales hiper-metabólicos supra e infra diafragmáticas, múltiples nódulos pulmonares de distribución perilinfática y miliar de pre-dominio en lóbulos superiores, asociado a engrosamiento del intersticio interlobulillar, sugerente de linfangitis carcino-matosa. A raíz de estos hallazgos se sospecha síndrome linfoproliferativo, se hospitaliza para inicio corticoides como pre fase de quimioterapia y se realiza biopsia por videotoracoscopia que muestra linfadenitis granulomatosa no necro-tizante, lo que establece el diagnóstico de sarcoidosis. En control imagenológico posterior a prefase se mostró disminu-ción de conglomerado adenopático, por lo que se decidió continuar corticoterapia oral y alta hospitalaria.

**DISCUSION:** La sarcoidosis es una enfermedad poco frecuente, por lo que se debe mantener un alto índice de sospecha para lograr su diagnóstico. Este debe ser basado en antecedentes epidemiológicos, presentación clínica e imágenes, siendo estas últimas poco específicas, lo que hace necesario la confirmación mediante biopsia. Dada su presentación con poliadenopatías, como en esta paciente, debemos descartar patologías infecciosas y neoplasias linfoproliferativas, por corresponder a entidades más frecuentes, sin embargo, su buena respuesta a tratamiento esteroideal es clave y nos puede ayudar a orientar el diagnóstico, dado que otras patologías, como el linfoma o la tuberculosis, no responden de forma tan eficaz a dicha terapia.



## TL 67 - DERMATOMIOSITIS COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE NEOPLASIA OCULTA, REPORTE DE DOS CASOS

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Vega, L1; Parra, R2; Fuenzalida, L2; Chávez, S3. 1 residente de Medicina Interna HCUCh. 2 interno de Medicina Universidad de Chile. 3 médico Internista HCUCh.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las miopatías inflamatorias son enfermedades adquiridas del músculo estriado, caracterizadas por injuria muscular inmunomediada, cuya manifestación clínica es el síndrome miopático (debilidad muscular proximal y miositis). Dentro de estas, la dermatomiositis (DM) destaca por compromiso cutáneo asociado a las manifestaciones musculares. El estudio es amplio, tanto para la confirmación diagnóstica como para la búsqueda etiológica. A continuación, se presentan dos casos. **CASO 1:** Hombre, 70 años, con historia de tabaquismo (IPA 8), hipertensión arterial, dislipidemia y síndrome anémico en estudio, usuario de losartán, rosuvastatina, ácido acetil salicílico y sulfato ferroso. Consulta al Servicio de Urgencias (SU) por cuadro de 2 meses de debilidad muscular proximal y simétrica de 4 extremidades de curso progresivo hasta postración. Últimas 4 semanas se agregan lesiones concordantes con eritema heliotropo y en chal, asociado a cefaloparesia, disfagia y baja de peso de 6 kilos. Ingresa estable, afebril, saturando 97% ambiental. Al examen físico destaca M3 y M4 en musculatura proximal de miembros superiores e inferiores y flexo-extensión de cuello, con M5 a distal. Al laboratorio hemoglobina 9 g/dl, VCM 79,7 fL, leucocitos 8430/uL, plaquetas 374.000/uL, VHS 116 mm/h, CK total 6420 mg/dl, ANA positivo >1/1880 nuclear moteado, perfil ENA negativo, panel miositis mi 2 beta +, complemento normal. Estudio carencial negativo. En tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis (TC-TAP) engrosamiento parietal de colon ascendente con linfonodos adyacentes. Se hospitaliza para estudio y tratamiento. **CASO 2:** Mujer, 55 años, sin antecedentes mórbidos relevantes. Consulta al SU por cuadro de 2 meses de lesiones eritemato-pruriginosas en tercio inferior del cuello y región antero-superior del tórax, agregándose pápulas eritematovioláceas en borde del cuero cabelludo. Últimas 2 semanas se agrega debilidad muscular proximal y simétrica de extremidades que progresa hasta dificultar bipedestación y actividades sobre nivel de la cabeza. Se asocia a edema periocular y mialgias. Ingresa estable, afebril, saturando 98% ambiental. Al examen físico eritema en chal, en cara lateral de muslos y pápulas de Gottron en manos, se objetiva M4 a proximal y M5 a distal en 4 extremidades. Al laboratorio CK total 1123 mg/dl, LDH 363 UI/L, GOT 113 UI/L, ANA 1/320 nuclear homogéneo granular fino, complemento normal, perfil ENA negativo, panel miositis TIF 1 gamma + Ro 52 ++, electromiografía compatible con cambios miopáticos. En TC-TAP lesión anexial izquierda sugerente de neoplasia. Se hospitaliza para estudio y tratamiento. **DISCUSIÓN:** La DM es una patología infrecuente que debe sospecharse ante un cuadro de debilidad muscular proximal, simétrica y progresiva asociado a lesiones cutáneas clásicas. Es de regla la búsqueda activa de una neoplasia oculta desde la historia clínica hasta exámenes dirigidos según sospecha, ya que hasta un 30% de los casos presenta una neoplasia maligna, siendo las más frecuentes de ovario, estómago, pulmón, mama, colon y recto. El tratamiento abarca la erradicación de factores causales, uso de agentes inmunosupresores y rehabilitación.



## TL 68 - SÍNDROME DE EVANS REFRACTARIO, UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Madrid, Salvador (1); Rosende, Juan Pablo (2); Robles, David (2); Pulgar, Silvana (2); Chacón, Paula (2); Villalobos, Néstor; 1Médico internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago; 2Interno de Medicina, Universidad de Chile; y 3Becado Medicina Interna, Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Evans (SE) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la presencia de anemia hemolítica autoinmune asociada a trombocitopenia o neutropenia inmune. La etiología puede ser primaria o secundaria, dentro de esta última se incluyen enfermedades reumatológicas como el Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 33 años de edad, sin antecedentes, consultó en servicio de urgencias por cuadro de 3 semanas de evolución, caracterizado por tos, rinorrea y sensación febril, recibió amoxicilina e ibuprofeno automedicado evolucionando favorablemente, sin embargo, al segundo día inicia compromiso del estado general asociado a disnea de esfuerzo clase funcional II, edema en extremidades inferiores y artralgia de codos y rodillas. Al examen físico presentó taquicardia, taquipnea, palidez mucocutánea y deshidratación moderada; en laboratorio se pesquió hemoglobina (Hb) 4,3g/dL y plaquetas 40000/mm<sup>3</sup>, Coombs directo + y prueba autóloga +, por lo que no se realizó transfusión sanguínea y se inició prednisona 1mg/kg/día en contexto de anemia hemolítica y trombocitopenia de etiología no precisada, compatible con SE. Es derivada a un hospital de mayor complejidad para estudio, ingresando a Unidad de Tratamiento Intensivo donde se realizó hemograma con frotis: Hb 6,2g/dL, hematocrito 17,7%, leucocitos 8470/mm<sup>3</sup>, plaquetas 43000/mm<sup>3</sup>, VHS 146mm/hr, plaquetas disminuidas (++) , microesferocitos (++) , policromatofilia (++) , macrocitosis (++) ; Lactato deshidrogenasa 564UI/L, bilirrubina total 1,7mg/dL, bilirrubina indirecta 1,4mg/dL, Ferritina 422mg/dL, TIBC 279mg/dL, Saturación Fe 51%, Reticulocitos 43,8%, índice reticulocitario 17,5, complemento C3 47(88-165) y C4: <8(14-44); serologías infecciosas negativas. Hallazgos compatibles a SE, se mantuvo tratamiento con corticoides altas dosis. Dentro del estudio etiológico del SE se solicita ANA: 1/160 patrón moteado fino, Inmunoglobulinas IgA 235mg/dL, IgG 991mg/dL, IgM 183mg/dL, Perfil ENA (+) patrón Ro AntiDNA (-), Factor Reumatoideo 18,6, anticuerpos Anti-beta2 glicoproteína (-), Anticardiolipina IgM (+) e IgG normal, anticoagulante lúpico (ACL) + débil. Se diagnostica LES y se inicia Hidroxicloroquina y Azatioprina. En relación al SE, al día 17 de tratamiento persiste con anemia y trombocitopenia (Hb 6,9g/dL y plaquetas 74000), por lo cual se aumentó dosis de corticoides a 1.5mg/kg/día, con buena respuesta en serie plaquetaria, pero con persistencia de anemia y hemólisis (Hb 8,6g/dL y plaquetas 116000), debido a refractariedad al tratamiento se inicia segunda línea con dos dosis de Rituximab 1gr. En exámenes de control se evidencia Hb 12,7g/dL, plaquetas de 237000, ANA (-), Perfil ENA (+) para Ro, ACL (-), Anticardiolipina (-), AntiDNA (-) y sin signos de hemólisis en laboratorio.

**DISCUSIÓN:** La prevalencia de SE en pacientes con LES corresponde aproximadamente al 2%, con una tasa de respuesta a corticoides cercana al 83%, sin embargo, algunos pacientes, como este caso, persisten con alteraciones hematológicas por lo que requieren tratamiento de segunda línea. En particular este caso permite realizar una revisión e ilustrar la presentación de un SE refractario.



## TL 69 - LA GRAVEDAD DE LA INFECCIÓN CAUSADA POR EL VIRUS SARS-COV-2 EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ESTA ASOCIADO A UN INCREMENTO EN EL PERFIL DE EXPRESIÓN DE CITOQUINAS POSTERIOR A LA FASE AGUDA DE LA ENFERMEDAD

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Gonzalo Valenzuela, M.D.1, Fabiola Perazzo, M.D.2, Tamara García-Salum, Ph.D.1, Leonardo Almonacid, Ph.D.1, Eileen Serrano, Ph. D1, Erick Salinas, R.N.1, Luis Antonio Diaz, M.D.3, Adriana Toro, N.P.4, Arnoldo Riquelme, M.D.3, Rafael A. Medina, Ph.D.1,4;1 Departamento de enfermedades infecciosas e inmunología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; 2 Interna de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile;3 Departamento de Gastroenterología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; 4 Servicio de pediatría, Clínica UC San Carlos, Red Salud UC Christus, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile;5 Departamento de Microbiología , Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, USA.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** COVID-19, enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2, ha causado para julio de 2020 más de 16.700.000 contagios. Dentro de las características de la población infectada con enfermedad grave destaca una mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares como diabetes, accidente cerebrovascular e Hipertensión arterial (HTA), generando en estos pacientes mayor riesgo de desarrollar síndrome de distrés respiratorio. Además, marcadores inflamatorios como procalcitonina, velocidad de sedimentación eritrocitaria e IL-6 se han asociado significativamente con el mayor riesgo de enfermedad grave. Este estudio evalúa de manera longitudinal el perfil de expresión de citoquinas, durante las 4 semanas desde la infección causada por el virus SARS-CoV-2, para establecer biomarcadores que puedan estar relacionados con la gravedad de la enfermedad.

**MÉTODOS:** Veintiséis pacientes COVID-19 positivos, diagnosticados por la Red de Salud UC Christus, durante mayo fueron reclutados según el protocolo 16-066, aprobado por el Comité Ético Científico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se recopiló sus datos epidemiológicos y clínicos y se determinaron las concentraciones de las citoquinas IL-6, IL-8 e IL-10 y de la quimioquina IP-10, a través de ELISA multiplex, en muestras de sangre periférica colectadas durante las semanas 1 a 4 luego del inicio de síntomas. Los pacientes fueron clasificados como graves, en caso de requerir Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**RESULTADOS.** De los 26 pacientes COVID-19 reclutados, 5 presentan HTA y requirieron UCI (HTA-UCI), 3 presentan HTA y no requirieron UCI (HTA-NoUCI), 5 no presentan HTA, pero requirieron UCI (NoHTA-UCI) y 13 no presentan HTA y no requirieron UCI (NoHTA-NoUCI). El grupo NoHTA-NoUCI tiene una mediana de edad significativamente menor que la de los otros grupos [37 vs. 63, HTA-UCI; 60 HTA-NoUCI y 57 NoHTA-UCI;  $p=0,04$ ]. No hubo diferencias por sexo entre los cuatro grupos, siendo los hombres más frecuentemente afectados. Respecto a la sintomatología, no hubo diferencias significativas entre los grupos, siendo más frecuentes tos y fiebre. Respecto a la estadía hospitalaria el grupo HTA-UCI posee una mediana de 22,5 (6-51) días, el grupo HTA-NoUCI 6 (5-16) días, el grupo NoHTA-UCI 10 (5-22) días y el grupo NoHTA-NoUCI 11 (4-42) días. Finalmente, de nuestra cohorte, un paciente falleció correspondiente al grupo HTA-UCI. En relación a las concentraciones de citoquinas no se observaron diferencias significativas entre los cuatro grupos de pacientes en los niveles de IL-6, IL-8, IL-10 e IP-10 en las muestras a los 7 y 14 días, pero si en la muestra de los 21 días para IL-6, IL-8 e IP-10 ( $p=0,022$ ,  $p=0,028$  y  $p=0,038$ , respectivamente) y en la muestra de los 28 días para IL-6, IL-8 e IL-10 ( $p=0,008$ ,  $p=0,025$ ,  $p=0,022$ , respectivamente).

**CONCLUSIONES:** Los pacientes hipertensos con manifestación grave de COVID-19 presentan niveles de IL-6, IL-8 e IP-10 elevados luego de 3 semanas de inicio de los síntomas y niveles elevados de IL-10 luego de 4 semanas iniciados los síntomas, esto podría implicar un estado inflamatorio alterado, que comprometería la resolución eficiente de la enfermedad.



## TL 70 - PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE Y SALUD: UN DESAFÍO PARA LA SALUD PÚBLICA DE CHILE

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Idalsoaga, Francisco<sup>1,7</sup>; García, Dominga<sup>2,8</sup>; Aranda, Bárbara<sup>3,8</sup>; Marcenaro, Josefina<sup>4,8</sup>; Hirmas, Yasmín<sup>5,8</sup>; Salinas, David<sup>6,7</sup>; <sup>1</sup> Residente Medicina Interna Pontificia Universidad Católica de Chile; <sup>2</sup> Interna Escuela de Medicina Universidad del Desarrollo; <sup>3</sup> Interna Escuela de Medicina Universidad Finis Terrae; <sup>4</sup> Interna Escuela de Medicina Universidad Diego Portales; <sup>5</sup> Interna Escuela de Medicina Universidad de los Andes; <sup>6</sup> Residente Medicina Interna Universidad de los Andes; <sup>7</sup> Director Fundación Salud Calle. <sup>8</sup> voluntaria Fundación Salud Calle.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La situación de calle es uno de los contextos de mayor exclusión social y sanitaria de nuestra sociedad. En Chile hay más de 12.255 personas en esta condición, 5.729 de ellos en la capital. No existe a la fecha, en nuestro país ni en Latinoamérica, un reporte que describa esta población desde la perspectiva sanitaria. El siguiente corresponde al primer reporte descriptivo de esta población.

**MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, que incluyó adultos atendidos por la Fundación Salud Calle entre enero de 2017 y marzo de 2020. Se obtuvieron datos clínicos de los registros médicos a través de una entrevista estructurada.

**RESULTADOS:** Población 709 pacientes. Media de edad 49 (18-96) años, 79,3% hombres, 20,6% mujeres. El promedio en tiempo en calle fue de 76,9 (15 días – 900) meses. La incidencia de patologías crónicas no transmisibles fue similar a la población general, Hipertensión Arterial (HTA) 24,8%, Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) 12,1%. El 7 % tenía antecedentes de tuberculosis (TBC), con la mayor incidencia (13,2%) en el grupo entre 60 y 74 años, completando tratamiento solo el 51,2% de los sujetos. El 2,8% era portador del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), llegando al 4,8% en el grupo entre 15 y 29 años. El 43% estaba antirretrovirales al momento del estudio. Se encontró asociación entre la portación de VIH con el consumo de marihuana (OR 4,46, IC 95% 1,52 – 13,12), pasta base (OR 3,38, IC 95% 1,052-10,905) y con el antecedente de esquizofrenia (OR 3,9, IC 95% 1,056-14,844) y TBC (OR 9,18, IC 95% 2,908 – 29,004). Refirieron padecer trastorno del ánimo el 12,2% y trastornos de ansiedad el 1,4%, no aumentando a mayor tiempo en situación de calle (95% IC,  $p > 0,5$ ). Un 8,1 % tenía diagnóstico de esquizofrenia, con adherencia a terapia sólo el 40,5%. El 58,9% refería consumo de alcohol con un promedio de 222 gramos al día, con un 16,6% calificando en la categoría de consumo de riesgo. La incidencia y la cantidad de alcohol aumentaba a medida que los sujetos aumentaban su tiempo en calle (95% IC,  $p < 0,002$ ; 95 % IC,  $p < 0,003$ ), siendo el consumo mayor en los grupos entre 30-44 años (61,4%) y entre 60-75 años (68,4%). Un 67,1% reportaron consumo de tabaco (415), con un promedio 8,7 cigarros/día, con una tendencia a disminuir el consumo al aumentar en tiempo en calle. Por su parte, el consumo reportado de marihuana fue de un 25,6% (133) con mayor consumo en jóvenes, entre 30-44 años (38,5%) y sin cambios por tiempo en situación de calle (95%IC,  $p > 0,8$ ). El consumo de cocaína reportado fue de 17,9% (91) y pasta base de 19,72% (98), siendo mayor entre los 15 y 44 años, sin cambios en incidencia en relación al tiempo en situación de calle.

**CONCLUSIONES:** Es una población extremadamente vulnerable, con alta incidencia de patologías infecto-contagiosas, altas tasas de consumo de alcohol-drogas, y mayor incidencia de algunas patologías de salud mental, sin embargo, menos a las publicadas en series internacionales. Es necesario generar políticas públicas orientadas a esta población para disminuir el daño social y sanitario que padecen.



## TL 71 - VASCULITIS URTICARIAL NORMOCOMPLEMENTÉMICA: SOSPECHA Y DIAGNÓSTICO A PARTIR DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Manuel Barrera<sup>1</sup>, Diego Verdugo<sup>2</sup>, Magdalena Leigh<sup>2</sup>, Francisca Pinochet<sup>2</sup>, Macarena Astudillo<sup>2</sup>, René Hola<sup>2</sup>, Camila Tirado<sup>2</sup>, Consuelo Kutz<sup>2</sup>. <sup>1</sup> Residente de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile. <sup>2</sup> Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La vasculitis urticarial (UV) es una vasculitis leucocitoclástica de vaso pequeño, que compromete la piel con lesiones urticariformes de manera atípica. Generalmente de etiología idiopática. Se presenta en dos variantes: una normocomplementémica -de curso benigno- y otra hipocomplementémica, la cual se asocia a enfermedades autoinmunes, infecciones, reacciones medicamentosas y tumores malignos. A continuación, presentamos un caso de UV normocomplementémica.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 51 años, sana, cursa cuadro de 4 meses de evolución de lesiones cutáneas tipo habón generalizadas, levemente pruriginosas, asociadas a dolor y sensación urente, de más de 24 horas de duración, que al resolver dejan mácula hiperpigmentada residual. Además, se asocia a pústulas con base eritematosa especialmente en espalda y cara. Cuadro evoluciona con aumento de superficie corporal afectada, astenia, compromiso del estado general, angioedema y sensación febril. Consulta en Dermatología, donde dado por las características atípicas del cuadro urticarial, se sospecha una UV. Se maneja con corticoides sistémicos con buena respuesta y se indica estudio de laboratorio más biopsia de lesiones. Ésta informa dermatitis perivascular superficial linfocitaria y neutrofilica con escasos eosinófilos y leucocitoclasia perivascular; lesiones sugerentes de UV. Dentro del estudio de laboratorio destacan parámetros inflamatorios elevados, niveles normales de complemento, ANA (-) y función renal normal. Se deriva a reumatología, nefrología y broncopulmonar con diagnóstico de UV normocomplementémica, para continuar manejo y estudio ampliado de patologías asociadas.

**DISCUSIÓN:** La UV es un cuadro infrecuente, que se da mayormente en mujeres en su cuarta década de vida. La sospecha comienza con una urticaria de características atípicas, es decir, son lesiones de una duración mayor a 24 hrs, que dejan cicatriz, en donde los pacientes refieren mayor dolor que prurito y pueden presentar otras lesiones asociadas, como pústulas. Además, se pueden presentar distintas manifestaciones sistémicas, como artralgias, artritis, glomerulonefritis, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, uveítis, epiescleritis, dolor abdominal y hepatosplenomegalia. El diagnóstico se efectúa con la clínica más biopsia cutánea con inmunofluorescencia directa (IFD). La biopsia muestra vasculitis leucocitoclástica en las vénulas postcapilares con predominio neutrofilico. La IFD muestra depósitos de inmunoglobulinas, complemento y fibrina perivascular. Se ha asociado fuertemente los depósitos de C1q a la variante hipocomplementémica. En el estudio de laboratorio es muy importante la determinación del complemento, dado que las variables hipocomplementémicas se asocian a enfermedades autoinmunes (Lupus eritematoso sistémico, Síndrome Sjogren), infecciosas (Hepatitis B y C, Mononucleosis infecciosa), malignas (Linfoma Hodgkin, Leucemia) y reacciones medicamentosas. En general, es una enfermedad benigna, cuya mayor morbilidad se da en pacientes con hipocomplementemia, particularmente por su afectación pulmonar y tumoral. De allí la importancia de su sospecha y estudio diagnóstico.



## TL 72 - ECTIMA GANGRENOSO SECUNDARIO A BACTERIEMIA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN PACIENTE EN HEMODIÁLISIS

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Irisarri Miren<sup>1</sup>, Lavagnino Giuliana<sup>1</sup>, Arancibia Javiera<sup>1</sup>, Tapia Margarita<sup>1</sup>, Vega Jorge<sup>2</sup>, Villalobos Camila<sup>3</sup> <sup>1</sup> Becada de Medicina Interna, Universidad Valparaíso. <sup>2</sup> Nefrólogo, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile. <sup>3</sup> Infectóloga, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Pseudomonas aeruginosa es un bacilo gram negativo no fermentador, que habitualmente se presenta en infecciones nosocomiales o en pacientes con inmunidad reducida. En el medio ambiente se encuentra principalmente en el agua.

La ectima gangrenosa es una lesión poco frecuente, que suele ser redondeada, indurada, ulcerada e indolora, con una escara central gris-negruzca y borde eritematoso. Puede estar precedida por una flictena hemorrágica. Afecta epidermis y dermis, pudiendo afectar también las mucosas. Se observa generalmente asociado a una bacteriemia por P. aeruginosa, pero es una manifestación infrecuente de la misma (sólo 1,3-3% de los casos). La lesión es originada por invasión bacteriana de la capa media y adventicia de las arterias y venas de la piel, con necrosis isquémica secundaria a la liberación de enzimas y toxinas bacterianas. Se localizan habitualmente en áreas anogenitales, axilares, extremidades y suelen aparecer agrupadas.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Presentamos el caso de una mujer de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus 2 y enfermedad renal crónica etapa 5, por lo que inició recientemente hemodiálisis crónica a través de un catéter tunelizado. Consultó por fiebre de 38°C que inició durante la diálisis y aparición de lesiones cutáneas en ambas zonas submamarías e inguinales. De sus exámenes destacó anemia moderada, leucopenia de 500mm<sup>3</sup>, uremia de 55g/dL, deshidrogenasa láctica de 168U/L, velocidad de eritrosedimentación de 80mm/hora y proteína C reactiva de 232mg/L. Las lesiones se describieron como flictenas de 1 a 2,5cm con centro violáceo, rodeadas de un halo rojo y otras úlceras redondas con centro necrótico negruzco. La tinción gram del líquido de las flictenas mostró bacilos gram negativos. Se inició tratamiento con meropenem y amikacina, por alta sospecha de ectima gangrenoso por P. aeruginosa. Los hemocultivos de sangre periférica fueron positivos para P. aeruginosa, como también del líquido aspirado de las lesiones cutáneas y urocultivo. Dado que el antibiograma mostró susceptibilidad a la ceftazidima, se cambiaron los antibióticos en uso por esta droga, la que se mantuvo 21 días. Simultáneamente se efectuaron curaciones diarias con debridamiento de las áreas necróticas.

**DISCUSIÓN:** La ectima gangrenosa es una lesión infrecuente, que se asocia predominantemente a bacteriemia por P. aeruginosa, si bien se ha descrito por otros microorganismos. En nuestra paciente, que había estado recientemente hospitalizada y que había ingresado a hemodiálisis a través de un catéter tunelizado, se sospechó que su cuadro febril era secundario a una sepsis por catéter originado por P. aeruginosa por el aspecto típico (ectima gangrenosa) de las lesiones cutáneas. Afortunadamente la terapia antibiótica, la remoción del catéter y el tratamiento local de las lesiones permitió que superara esta grave complicación. Comunicamos el caso para que frente a una sepsis con lesiones cutáneas semejantes se sospeche que el microorganismo involucrado es una P. aeruginosa y se prescriba un tratamiento antibiótico empírico que cubra a esta bacteria, hasta obtener el resultado de los cultivos.



## TL 74 - DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO Y ANEMIA HEMOLÍTICA NO AUTOINMUNE: UNA PATOLOGÍA POCO SOSPECHADA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Briones, Felipe 1; Robles, David 2; Pulgar, Silvana 2; Rosende, Juan 2; Madrid, Salvador 3; 1Becado de medicina interna, Universidad de Chile; 2Interno de medicina, Universidad de Chile; 3Médico internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** En pacientes con daño hepático crónico (DHC), la anemia se encuentra presente en el 50-87% de los casos. La presencia de anemia se ha asociado con mayores puntajes de severidad (Escala de Child-Pugh y MELD), mayor severidad de hipertensión portal, encefalopatía hepática y síndrome hepatorenal. La etiología suele ser compleja y multifactorial. Reconocidos factores contribuyentes son el déficit de hierro, asociado a hemorragia gastrointestinal, trombocitopenia o coagulopatía; y en abuso de alcohol, deficiencia de vitamina B12 y ácido fólico. Los cuadros de anemia hemolítica en contexto de DHC son raramente sospechados y su frecuencia es mayormente desconocida.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente con antecedentes de daño hepático crónico Child C por Alcohol, ingresa en contexto de descompensación para estudio. Exámenes de ingreso: Hemoglobina: 7,3 g/dL VCM: 97,9 fl HCM: 33 pg Leucocitos: 7.780 u/mm<sup>3</sup> Plaquetas: 172.000 u/mm<sup>3</sup> Bilirrubina Total: 6.7 mg/dL Bilirrubina Indirecta: 4,5 mg/dL GOT: 54 U/L GPT: 24 U/L GGT: 39 U/L Fosfatasas Alcalinas: 75 U/L Albumina: 3 g/dL Creatinina: 2.95 mg/dL Nitrógeno Ureico: 57.3 mg/dL INR: 2 Evoluciona con descenso de hemoglobina hasta 4,8 g/dL, asociado a aumento de lactato deshidrogenasa (LDH) y Bilirrubina Indirecta hasta 361 U/L y 13 mg/dL respectivamente. Frente a cuadro de anemia, LDH alta e hiperbilirrubinemia indirecta se sospechó probable cuadro de hemólisis concomitante. Se solicita frotis por hematólogo y test de Coombs directo que resulta negativo. Se discute caso con hematología, pesquisándose abundantes acantocitos, sin esquistocitos ni esferocitos. Se interpreta como anemia hemolítica en contexto de acantocitosis severa secundaria a DHC y consumo de alcohol. Ante posible síndrome de Zieve se solicita perfil lipídico que mostró colesterol total de 202 mg/dL y triglicéridos de 24 mg/dL. Al no contar con alteraciones a nivel del perfil lipídico se llegó al diagnóstico de anemia hemolítica secundaria a acantocitosis severa en paciente con DHC. Se agregó suplementación con vitamina B12 y ácido fólico, cursando con leve mejoría en relación a anemia. Posteriormente, cursa con shock séptico de foco pulmonar, falleciendo 20 días tras su ingreso a unidad de cuidados intensivos.

**DISCUSIÓN:** Se describen como criterios diagnósticos de anemia asociada a acantocitos en DHC (células en espuela): Hemoglobina <10 mg/dL, Hemólisis, Acantocitos > 5 % en frotis y la exclusión de otras causas de anemia. No existe mucha evidencia sobre la prevalencia de esta patología, pero según lo descrito en pequeñas cohortes, esta iría desde el 16.7% a 31% según la severidad del DHC. Este cuadro ha sido descrito en análisis multivariados como predictor independiente de mortalidad y posee una sobrevida del 33% a los 3 meses de seguimiento. El tratamiento de elección es el trasplante hepático. En aquellos casos donde no se logra, la sobrevida varía desde las 2 semanas a los 5 meses. De acuerdo con revisiones consultadas a la fecha de elaboración de este caso clínico, sólo existen 24 reportes de caso sobre 26 pacientes con esta patología, por lo cual, mayor evidencia es necesaria en torno al tratamiento y pronóstico.



## TL 75 - SÍNDROME PILÓRICO SECUNDARIO A UN CUERPO EXTRAÑO: A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Uribe, Gabriel<sup>1</sup>; Cañete, Iván<sup>1</sup>, Yévenes, Macarena<sup>2</sup>; Lavado, Isidora<sup>2</sup>; Daniela González<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile, Universidad de Chile. <sup>2</sup>Interna de Medicina, Universidad de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome pilórico es un conjunto de signos y síntomas secundarios a obstrucción gástrica mecánica a nivel del píloro. Se puede presentar con náuseas, vómitos, saciedad precoz e incluso baja de peso si el cuadro es prolongado. La etiología es diversa, actualmente la principal causa es la neoplásica que acumula el 50-80% del total de las series. En las causas benignas la principal es el síndrome ulceroso. Si bien, los cuerpos extraños se mencionan de manera recurrente como causa del síndrome pilórico, los casos que existen sobre el tema son escasas. Se presenta el caso de un paciente con una extraña causa de obstrucción pilórica.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 20 años, con antecedentes de trisomía 21, con trastorno severo del lenguaje, dependencia severa, esofagitis, gastritis y hospitalización previa por ingestión de cuerpo extraño hace 2 años. Consulta por cuadro de 2 años de evolución de vómitos postprandiales precoces, 3-4 veces al día, de baja cuantía, sin elementos patológicos, que ceden al ayuno. 3 semanas previo al ingreso, vómitos se vuelven más frecuentes y de mayor cuantía, además se observa una baja de peso de aproximadamente 8 kilos, no intencionada. Se maneja en ambulatorio con régimen liviano y tratamiento sintomático (Esomeprazol y Domperidona) con escasa respuesta, por lo que decide consultar en urgencia y se ingresa para estudio. Tiene gastroscopia en extrasistema, la cual es frustra por agitación psicomotora del paciente y se informa como incompleta. Destaca enflaquecido, pectum carinatum, abdomen blando, depresible, indoloro, sin masas ni visceromegalias, sin signos de irritación peritoneal, resto sin alteraciones. Dentro del estudio al ingreso, en exámenes de laboratorio se observan signos indirectos desnutrición calórico proteica (linfopenia moderada e hipoalbuminemia) sin otras alteraciones significativas, incluido estudio de hormonas tiroideas normal. Se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis que describe estómago con imagen nodular densa con 33 x 25 mm en el antro gástrico, sin evidente realce con el contraste, morfología compatible con semilla de palta. Se realiza gastroscopia que confirma y extrae cuerpo extraño confirmando sospecha diagnóstica. Evoluciona favorablemente con aumento de tolerancia a la ingesta oral y aumento de peso de 3 kg en el próximo mes. Por razones económicas familiares desisten de continuar con estudio.

**DISCUSIÓN:** Existe una amplia gama de etiologías del síndrome pilórico, en la literatura se destaca la neoplásica y la inflamatoria, además de mencionar otras como los cuerpos extraños. Sin embargo, estos últimos tienen escasos reportes dado que son eliminados vía rectal o a través de los vómitos repetitivos. En nuestro caso, al tener un trastorno severo del lenguaje y la poca colaboración, no se pudo establecer inicialmente la sospecha diagnóstica y la TC logró dar pistas de la etiología. Al conversar con familiares estos refirieron que en otras ocasiones se habría extraído un objeto similar de la boca del paciente evitando su ingesta. No encontramos un reporte de algún caso similar hasta ahora. El seguimiento del paciente fue favorable.



## TL 76 - TÍTULO: CELULITIS ABDOMINAL DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO: SOSPECHA DE ACTINOMICOSIS DISEMINADA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Uribe, Gabriel<sup>1</sup>; Cañete, Iván<sup>1</sup>; González, Daniela<sup>2</sup>; Yévenes, Macarena<sup>2</sup>; 1. Becado de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile, Universidad de Chile 2. Interna de Medicina, Universidad de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La actinomicosis es una infección endógena rara de curso subagudo a crónico. Es causada por bacterias filamentosas Gram positivas, anaerobias o microaerófilas pertenecientes al género *Actinomyces* spp. Los factores de riesgo son la presencia de dispositivos intrauterinos (DIU), alcoholismo o mala higiene dental. Existen varias presentaciones: cervicofacial, torácica, abdominal con compromiso de intestino o peritoneo, masas abdominales y fistulas con comunicación al exterior; enfermedad inflamatoria pélvica (EIP); y generalizada por diseminación hematógena.

**CASO CLÍNICO:** Mujer, 58 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, obesidad y uso de DIU hace 27 años. Consulta por lesión inflamatoria en región infraumbilical, asociada a dolor intenso que aumenta con la palpación de 1 mes de evolución. Se asocia a náuseas, vómitos, anorexia y baja de peso de 3 kg. Se trató con Flucloxacilina (10 días) y luego Amoxicilina/Clavulánico (3 días), sin respuesta. Al examen con abdomen doloroso a la palpación superficial en región periumbilical. Lesión inflamatoria en la misma zona, con zonas induradas, sin regiones fluctuantes y múltiples nódulos en zonas adyacentes. En su estudio inicial, destaca anemia leve microcítica hipocrómica, VHS 65, PCR 55, leucocitos 9870. Se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste donde se observan cambios inflamatorios del tejido celular subcutáneo de pared abdominal infraumbilical, sin colecciones y nódulos peritoneales sólidos. Se inicia cefazolina endovenosa, sin respuesta al quinto día, por lo que se cambia a ceftriaxona y clindamicina con respuesta favorable. Se realiza biopsia cutánea donde destaca cultivo corriente (-), PCR TBC (-), Baciloscopia (-); e histología informada sin elementos de malignidad y elementos sugerente de etiología infecciosa. Ecografía transvaginal informa lesiones anexiales al parecer dependientes del cuerpo uterino, sugerentes de enfermedad inflamatoria pélvica por actinomyces. Se complementa con resonancia magnética de pelvis que informa cambios inflamatorios del tejido celular subcutáneo y masa ovárica derecha que contacta con sigmoides, sin posibilidad de diferenciar proceso neoplásico de infeccioso. Finalmente se realiza biopsia percutánea radiología a nódulos peritoneales, sin toma cultivos con informe que descarta proceso neoplásico. Además, se extrae DIU. Ante dificultad para lograr aislar el agente y confirmar etiología, se decide no insistir en más estudio por el momento y realizar tratamiento de manera ambulatoria con control posterior.

**DISCUSIÓN:** *Actinomyces* es un agente muy difícil de aislar, importante diagnóstico diferencial de carcinomatosis en caso de nódulos peritoneales, diferentes formas de presentación que se deben considerar, en especial enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres con DIU de larga data. La actinomicosis diseminada con compromiso de piel y tejidos blandos es una presentación clínica rara. En este caso, a pesar de la falta de aislamiento del microorganismo la buena respuesta a la terapia intra y extrahospitalaria (Amoxicilina) y el descarte de neoplasias, nos permite tener un alto grado de sospecha de Actinomicosis diseminada.



## TL 78 - FORMACIÓN MÉDICA CONTINUA ENTRE PARES. EXPERIENCIA DIGITAL SINCRÓNICA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Felipe Carrillo<sup>1</sup>, Andrés Ramírez<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Residentes Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las condiciones sociosanitarias actuales han impactado en distintos niveles de funcionamiento de nuestra sociedad y uno de ellos es el ámbito académico.

Con este escenario, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) desempeñan un papel importante en múltiples aspectos de la sociedad actual y, por supuesto, dentro de los sistemas educativos, en particular en el médico, tanto a nivel de pregrado como postgrado. En este período, es que las plataformas digitales sincrónicas han tomado gran relevancia, pudiendo mantener contacto en distintos ámbitos laborales, académicos y sociales. Constantes mejoras, adaptaciones y opciones, marcan el terreno idóneo para potenciales soluciones a las limitaciones particulares de estos momentos.

En virtud de las condiciones actuales, los programas universitarios han de priorizar las funciones asistenciales de manera transversal, sosteniendo en lo posible la actividad académica formal en la medida de lo posible en los distintos niveles de formación.

Complementando esta situación, es que queremos dar a conocer nuestra experiencia en el aporte a la malla curricular de nuestra formación, específicamente en residentes que vienen ingresando a la formación (en sus distintas modalidades) y que su inicio se vio afectado a la condición de pandemia.

**MÉTODO:** De manera docente/asistencial, se analizaron los temas básicos (sindromáticos), seleccionándose los más relevantes para ser expuestos de manera sincrónica, vía plataforma digital, con una duración entre 30 y 45 minutos cada una, a los residentes de 1er año. De igual forma, se revisaron temas prácticos de manejo intermedio, con la misma modalidad, todo con el fin de complementar la formación regular. Para poder objetivar la experiencia obtenida a través de esta metodología, se aplicó una encuesta anónima a los residentes con las variables satisfacción, desempeño expositor, componente digital y desempeño global, aplicada en otras modalidades de evaluación a través de una escala Likert (2) de 1 a 5. Resultados: Se encuestó el 100% de los becados participantes. Los resultados fueron anónimos. No se aplicó variables epidemiológicas. Se aplicó una encuesta tipo Likert validada en medio nacional con escala 0 (total desacuerdo) a 5 (total acuerdo) destacando esta última con los siguientes resultados: 75% respecto a la metodología de participación e integración de conocimiento, 83,3% respecto al tiempo asignado a la actividad, 66,7% a la metodología de enseñanza, 91,7% a la muestra de interés, entusiasmo y aclaración de dudas por parte de los docentes. Un 100% consideró estar muy de acuerdo con el clima de trabajo.

**CONCLUSIONES:** En lo global nos parece relevante exponer esta pequeña experiencia entre pares, la cual creemos puede replicarse de manera sistemática, en la medida que exista el entusiasmo, la continuidad y la retroalimentación necesaria, en las condiciones de formación médica actual.



## TL 80 - LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE PRESENTACIÓN TARDÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Quintana, Leonidas 1; Cooper, Antonia<sup>2</sup>; Hurtado, Jhasmin<sup>2</sup>; Chabán, Leyla 2; Calzada, Paulina 2; Bendek, Carolina 2; <sup>1</sup>Médico Internista, Hospital El Carmen Maipú, Santiago; <sup>2</sup> Interna de Medicina, Universidad Finis Terrae.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica multisistémica de causa desconocida que ocurre por producción de autoanticuerpos o depósito de complejos autoinmune en órganos y sistemas. De presentación predominante en mujeres. Un 65% se diagnostica entre 16 y 55 años, mientras que sólo un 15% debuta en mayores de 65 años.

**PRESENTACIÓN DE CASO:** Paciente femenina de 72 años, con antecedentes de artritis reumatoide (AR) e hipertensión arterial en tratamiento. Consulta por cuadro gastrointestinal de 2 semanas de evolución. Al ingreso con hemodinamia estable, edema de miembros inferiores y manifestaciones articulares propias de AR. En laboratorio destaca bicitopenia (anemia normocítica-normocrómica y linfopenia), falla renal severa, acidosis metabólica severa e hiperkalemia moderada. Sin respuesta a volemicización inicial, se realiza diálisis en agudo. Por sospecha de enfermedad renal aguda sobre crónica secundaria a glomerulopatía, se realiza estudio, destacando hipocomplementemia, hipergammaglobulinemia, anticuerpos antinucleares (ANA) positivo 1/320, anti-DNA positivo 1/40, y anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) negativo. Serología viral negativa. Se diagnostica nefropatía lúpica e inicia tratamiento con metilprednisolona, terapia inmunosupresora y diálisis, con buena evolución clínica posterior.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** El LES de inicio tardío se presenta en mayores de 50 años, y se manifiesta hasta en un 18% de los pacientes. Su presentación clínica es de comienzo insidioso, con manifestaciones atípicas y menor actividad, pero con mayor acumulación de daño, por lo que posee alta morbimortalidad. El diagnóstico incluye 4 o más criterios de clasificación según el colegio americano de reumatología, con al menos uno clínico y uno inmunológico, lo cual dificulta aún más el diagnóstico tardío por su inespecificidad. La prevalencia de glomerulonefritis es menor en LES de inicio tardío (20%) y sus formas severas se manejan con altas dosis de glucocorticoides. LES es una enfermedad con presentación tardía infrecuente, por lo que resulta primordial su diagnóstico y tratamiento precoz para disminuir la incidencia de daño multisistémico y potencialmente mortal.



## TL 81 - PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICO INMUNE EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR COVID-19, UNA ASOCIACIÓN EMERGENTE.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Gazmuri, José Tomas<sup>1</sup>; Castro, Josefina<sup>2</sup>; Vargas, Sebastián<sup>2</sup>; González, Javier<sup>2</sup>; Aguilera, Francisca<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Residente de Hemato-oncología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. <sup>2</sup>Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Púrpura Trombocitopénico inmune (PTI) es un trastorno autoinmune adquirido que genera trombocitopenia aislada secundaria a la presencia de autoanticuerpos IgG. A menudo, puede ocurrir posterior a infecciones virales, sin ser la excepción la infección por SARS-Cov-2. Se presenta el caso de un paciente con neumonía grave por COVID-19, que en su tercer día de hospitalización debuta con PTI severo refractario a varias líneas de tratamiento médico, debiendo llegar a la esplenectomía. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 59 años, con antecedente de Hipertensión Arterial e Hipotiroidismo en tratamiento. Se hospitaliza por cuadro de Neumonía por COVID-19, recibiendo plasma convaleciente al ingreso (una dosis) y dexametasona 16 mg/día. Al tercer día de hospitalización se observa caída brusca de recuento plaquetario de 140.000 a 11.000 cel/uL, sin otras citopenias; sin sangrado activo, signos de hemólisis ni de coagulación intravascular diseminada. Se sospecha trombocitopenia inducida por drogas, por lo que se suspende quetiapina y antibióticos. Dado cuadro clínico poco sugerente de trombocitopenia inducida por heparina, se mantiene trombo profilaxis. Se solicitan anticuerpos antiplaquetarios por drogas débilmente (+), anticuerpos antinucleares (+) 1:160, serologías virales (-). TAC de abdomen sin esplenomegalia. Paciente persiste con trombocitopenia progresiva por lo que aumenta dosis de corticoides, llegando a pulso de metilprednisolona en dosis máxima. Se indica Inmunoglobulina 2g/kg de peso, en 2 dosis, y posterior inicio de estimulantes plaquetarios; sin respuesta a medidas descritas, llegando a plaquetas de 1.000 cel/uL, con exteriorización de sangrado y requerimientos de soporte transfusional. Se complementa estudio con mielograma que muestra hipocelularidad y aumento relativo de megacariocitos. Ante PTI refractario, finalmente se decide esplenectomía. Posterior al procedimiento, paciente evoluciona con hipotensión, por lo que requiere nueva laparoscopia exploratoria que muestra sangrado activo de lecho quirúrgico con hemoperitoneo 3 Litros. Se realiza hemostasia cuidadosa, con posterior evolución favorable. 24 horas post-esplenectomía destaca recuento hematológico con Hb 9.0 g/dL y plaquetas 78.000 cel/uL.

**DISCUSIÓN:** Está presentación corresponde a un caso de trombocitopenia severa refractaria a las primeras líneas de tratamiento, en que se descartaron las causas habituales en paciente crítico. La infección por SARS-CoV-2 tiene descrita asociación con trombocitopenia en hasta un 30% de los pacientes, con múltiples mecanismos posibles. Sin embargo, cuando el recuento es menor a 20.000 o se presenta una caída mayor a 50% en 24-48 horas, se recomienda sospechar etiología inmune. Por sospecha de PTI refractario se acuerda realizar esplenectomía, decisión difícil dado el contexto de gravedad del paciente y el altísimo riesgo de sangrado. Sin embargo, pese a las complicaciones iniciales, existe respuesta favorable tras la cirugía a las 36 horas de evolución. Es importante tener conocimiento de esta complicación de COVID 19 para poder dar tratamiento oportuno.



## TL 82 - APLASIA PURA DE SERIE ROJA POR PARVOVIRUS B19 EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Haro, Sebastián<sup>1</sup>; Aguilera, Francisca<sup>2</sup>; Elimelech, Alexandra<sup>2</sup>; Farías, Macarena<sup>2</sup>; Perazzo, Fabiola<sup>2</sup>; Guidotti, Francesca<sup>3</sup>; Valladares, Ximena<sup>4</sup>, Peña, Camila<sup>5</sup> <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Universidad de Chile, Santiago. <sup>2</sup>Interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago. <sup>3</sup>Becado de Hematología, Universidad de Chile, Santiago. <sup>4</sup>médico Hematólogo, Sección de Hematología Hospital del Salvador, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La aplasia pura de serie roja (APSR) es una patología caracterizada por anemia normocítica normocrómica, con reticulocitopenia severa y marcada disminución de precursores eritroides en la médula ósea. Las causas pueden ser congénitas o adquiridas. Esta últimas son las más frecuentes, y dentro de ellas destacan las enfermedades autoinmunes, tumores sólidos, fármacos e infecciones como el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), Virus Hepatitis (A, B, C y E) y particularmente Parvovirus B19 (PVB19). El PVB19 es un virus DNA que tiene tropismo por los precursores eritroide, generando apoptosis de éstos y finalmente crisis aplásicas en pacientes, especialmente en inmunosuprimidos.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 33 años con antecedentes de VIH en tratamiento irregular, y Sarcoma de Kaposi tratado, con último recuento de CD4 36 cel/mL y carga viral 316.000 copias/mL. Ingresó por cuadro de 2 semanas de evolución de compromiso del estado general, lipotimia y alteración de la marcha. Al examen físico hipotenso, bradipsíquico, bradilálico, palidez de piel y mucosas. Al laboratorio Hb 4.2 g/dL, VCM 90, CHCM 29, leucocitos 7060, neutrofilos 6310, linfocitos 630, monocitos 110, plaquetas 380000, reticulocitos 0%, LDH 478 U/L. Test coombs directo (-). Se inició soporte transfusional y se complementó estudio con endoscopia digestiva alta y colonoscopia, sin hallazgos patológicos. Estudio etiológico con serologías Virus hepatitis B, C, Epstein Barr y Citomegalovirus (-), IgG e IgM PVB19 (-), serología reumatológica negativa. Mielograma con ausencia de serie roja y resto de las series normales. Tomografía computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis descartó tumores sólidos. Por sospecha de aplasia APSR idiopática, se indicó terapia con ciclosporina, logrando niveles terapéuticos y Hb > 6g/dL. A los dos meses consultó nuevamente por anemia severa (Hb 3,8 g/dL), sin otras alteraciones al hemograma. Se realizó nuevo mielograma y biopsia de médula ósea que evidenció proeritroblastos gigantes, con el resto de las series normales. Se solicitó PCR PVB19, que resultó positiva. Se indicó inmunoglobulina intravenosa. Evolucionó con ascenso de Hb sin nuevos requerimientos transfusionales; último control con Hb 14, 9 g/dL.

**DISCUSIÓN:** Ante APSR en un paciente inmunosuprimido, la búsqueda debe ir orientada a una causa secundaria. Debido a que las posibilidades diagnósticas son múltiples, el estudio inicial debe ser amplio, buscando enfermedades autoinmunes, drogas, tumores e infecciones. En pacientes sanos, el PVB19 suele generar una anemia arregenerativa moderada y transitoria. Sin embargo, en inmunocomprometidos, la incapacidad para montar una adecuada respuesta inmune determina un clearance viral más lento provocando una anemia severa y prolongada. Para confirmar el diagnóstico se solicitan inmunoglobulinas específicas y amplificación del DNA por técnica PCR. Este último método es el de elección en pacientes inmunosuprimidos debido a que pueden presentar una producción deficiente de anticuerpos contra el virus. El tratamiento utilizado es la gammaglobulina endovenosa que ha demostrado una tasa de éxito de hasta 93% tras el primer uso.



## TL 83 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA SECUNDARIA A BACTEREMIA POR STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS SUBESPECIE INFANTARIUS. REPORTE DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Bustos, César<sup>1</sup>; Caro, Alberto<sup>2</sup>; San Martín, Tomás<sup>2</sup>; Figueroa, Elizabeth<sup>3</sup>; Mellado, Fernando<sup>4</sup>; Rodríguez, Sofía<sup>1</sup>; Bergen, María<sup>1</sup>; Oksenberg, Benjamín<sup>1</sup>; 1 Infectólogo - Médico Internista, Clínica Universidad de Los Andes, Santiago de Chile; 2 Interno de 7mo año Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile; 3 Becada 1er año Medicina Interna, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile. 4 Becado 3er año Medicina Interna, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad donde el tejido cardíaco es invadido por microorganismos. En general, afecta a pacientes con cardiopatías estructurales, siendo el *Staphylococcus aureus* el agente más frecuentemente aislado. *Streptococcus gallolyticus* subespecie *infantarius* (*St. infantarius*), es un agente rara vez asociado a infecciones con impacto clínico. Pese a esto, existen mínimos casos que describen a esta subespecie como el causante del 8.7% y 4% del total de bacteriemias y EI producidas por *Streptococcus gallolyticus*, respectivamente (1,2); correspondiendo a menos de 0.005% del total de EI. A continuación, se presenta caso clínico de EI por este inusual agente.

**DESCRIPCIÓN CASO:** Paciente masculino de 62 años, hipertenso, diabético tipo 2 y tabaquismo activo con historia de dolor inespecífico de inicio agudo hace 2 meses en cara posterior pierna izquierda. Acude a consultorio donde se diagnostica contractura muscular, con buena respuesta inicial a tratamiento analgésico. Una semana previa a consultar, se intensifica dolor en misma zona, agregándose dolor agudo en zona gastro-sólea de pierna contralateral, asociado a mialgias generalizadas y compromiso del estado general (CEG), por lo que consulta en servicio de urgencias. Al examen, destaca febril y taicárdico. Sin otros hallazgos. Laboratorio destaca dímero D 3300 ng/ml. Se solicita Angio tomografía computada (TC) tórax con hallazgo de tromboembolismo pulmonar (TEP) de lobo inferior derecho. En ecografía doppler extremidades inferiores impresiona TVP infrapoplíteas bilaterales. Se hospitaliza con diagnóstico de TEP y TVP para manejo y estudio. Ecocardiograma destaca insuficiencia valvular aórtica con vegetación de 1.6x0.6 cm e insuficiencia valvular mitral engrosada de 1.2x 0.9 cm que impresiona como vegetación, sugerentes de EI. En hemocultivos se aísla *St. infantarius*, ajustando tratamiento a Penicilina y Gentamicina endovenosa. TC abdomen con múltiples infartos esplénicos y focos de nefritis derechos. Fondo ojo normal. Se realiza recambio valvular mitro-aórtico biológico. Paciente con evolución clínica favorable, siendo dado de alta con tratamiento antibiótico, anticoagulante y control por cirugía cardiovascular.

**DISCUSIÓN:** *St. infantarius* es un agente raramente aislado en sangre y se asocia a EI en <0.005% de los casos. Al día de hoy, se desconoce relación de este agente a un cuadro clínico en particular, pero diferentes series postulan origen en infecciones y neoplasias hepatobiliares. (4,5) El diagnóstico de TEP y TVP, asociado a cuadro febril y CEG, obliga a pensar en la posibilidad de una bacteriemia y, por tanto, a descartar otros focos de siembras. La evidencia demuestra sensibilidad del *St. infantarius* a Penicilina y Aminoglicósidos, lo cual concuerda con el antibiograma obtenido, siendo por tanto el tratamiento de elección la Penicilina G asociado a Gentamicina (6). Finalmente, con el desarrollo tecnológico y la instauración del sistema automatizado de identificación microbiana mediante espectrometría de masas (MALDI-TOF), el aislamiento de este tipo de agente será cada vez más frecuente, en lo cual radica la real importancia de su conocimiento.



## TL 85 - CARCINOMATOSIS LEPTOMENÍNGEA EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA ESOFÁGICO AVANZADO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Tapia Julio<sup>1</sup>, Lavagnino Giuliana<sup>1</sup>, Irisarri Miren<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Becados de medicina Interna, Universidad de Valparaíso.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La carcinomatosis leptomeníngea (CL) es una complicación rara pero frecuentemente devastadora del cáncer avanzado. Los pacientes pueden presentar una amplia gama de signos y síntomas debido al compromiso simultáneo de múltiples áreas del eje cerebroespinal. Según series internacionales, los tumores sólidos que más comúnmente causan CL son, en orden decreciente, el cáncer de mama, pulmón, melanoma, neoplasias gastrointestinales y cánceres de origen primario desconocido. Los síntomas más frecuentes son la cefalea persistente, náuseas, vómitos, alteraciones del estado mental, neuropatías de nervios craneales, disfunción cerebelosa, síndrome convulsivo y en casos graves, síntomas de hipertensión intracraneana y muerte. El diagnóstico a menudo requiere de un alto índice de sospecha y se confirma mediante neuroimágenes y/o análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR).

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 62 años con antecedentes de cáncer avanzado de la unión gastroesofágica (adenocarcinoma tubular mal diferenciado, infiltrante, con áreas mucocelulares), etapificado según PET-SCAN en etapa T4b-N3-M1-G3, donde destaca foco hipermetabólico en cuerpo de vertebra T10 sugerente de metástasis. Le fue instalada una endoprótesis esofágica y cursa su cuarto ciclo de quimioterapia paliativa de segunda línea con fluorouracilo, irinotecán y ácido folínico.

Es traído al servicio de urgencia por lipotimia y estado confusional agudo asociado a cefalea y náuseas persistentes. Un TAC de cerebro con contraste no mostró hemorragias ni metástasis, un TAC de tórax mostró un derrame pleural izquierdo e imagen sugerente de foco neumónico en pulmón derecho. Los exámenes de laboratorio iniciales mostraron actividad inflamatoria elevada e hiponatremia leve sugerente de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH).

En la hospitalización evolucionó tórpidamente, persistiendo la cefalea holocraneana de predominio matutino asociada a sensación nauseosa. Un electroencefalograma descartó actividad irritativa. El paciente completó tratamiento antibiótico, sin embargo, persistió con la cefalea y náuseas con mala respuesta al tratamiento sintomático. La punción lumbar mostró una presión de apertura normal, LCR claro, pleocitosis leve, hipoglucoorraquia y aumento de la concentración de proteínas. Se inició terapia con dexametasona endovenosa por sospecha de CL. El paciente falleció 3 días después de iniciado el tratamiento. El resultado del estudio de células neoplásicas en LCR se recibió días después confirmando la sospecha diagnóstica.

**DISCUSIÓN:** La CL es una complicación rara que requiere un alto índice de sospecha, debiendo incorporarse en el diagnóstico diferencial de una cefalea persistente con síntomas de irritación meníngea en el paciente oncológico. Un diagnóstico oportuno brinda opciones terapéuticas más amplias, desde la quimioterapia intratecal y radioterapia dirigida hasta el manejo sintomático con glucocorticoides, que ayudan a disminuir la sintomatología secundaria al aumento de la presión intracraneana. La presencia de hiponatremia en contexto de SIADH, elemento que estuvo presente en este paciente, es frecuente en la CL. El adenocarcinoma esofágico.



## TL 89 - HIPERCALCEMIA INDUCIDA POR INMOVILIZACIÓN TRATADA CON DENOSUMAB

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Doberti, María Gabriela<sup>1</sup>; Nilo, Flavia<sup>2</sup>; González, Gilberto<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Residente Endocrinología, <sup>2</sup>Departamento de Endocrinología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La incidencia de hipercalcemia en el paciente hospitalizado varía de 0,17 - 2,92 % y es un marcador de mortalidad. La hipercalcemia inducida por inmovilización es una causa poco frecuente, que se produce por desacoplamiento en el recambio óseo, con predominio de resorción sobre formación ósea. Reportamos un paciente con hipercalcemia inducida por inmovilización, en contexto de falla orgánica múltiple, tratado con Denosumab y se comenta sobre la patogenia y tratamiento de esta condición.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 70 años con antecedentes de hipotiroidismo primario, enfermedad de Parkinson, trastorno bipolar, insuficiencia renal crónica (IRC) etapa III A y cáncer urotelial vesical de bajo grado tratado. Consulta en servicio de urgencia por abdomen agudo, motivo por el que se efectúa laparotomía exploradora que evidencia necrosis de colon, realizándose colectomía total. Cursa con falla orgánica múltiple, requiriendo estadía prolongada en Unidad de Paciente Crítico y presenta complicaciones asociadas como polineuropatía y miopatía del paciente crítico, trastorno deglutorio con necesidad de gastrostomía, infecciones múltiples asociadas a la atención de salud, descompensación de su patología psiquiátrica e ingreso a hemodiálisis crónica (HDC). Al 4º mes desde ingreso y 2º mes en HDC, se detecta hipercalcemia PTH no dependiente progresivamente ascendente y sintomática con Calcemia 13,1 mg/dL, Fosfemia 5,0 mg/dL, Albúmina 5,0 gr/dL, Creatinemia 3,96 mg/dL, PTH 40,0 pg/mL, 25OHD 40,1 ng/mL, TSH 2,54 UI/mL y Cortisol plasmático 20 mcg/dL. La evaluación clínica, bioquímica e imágenes (incluyendo mielograma) no detectaron neoplasia o enfermedad granulomatosa por lo que se interpreta como hipercalcemia inducida por inmovilización asociada a insuficiencia renal. Se indica Denosumab 120 mg s/c, con descenso de calcemia al 7º día hasta 9,6 mg/dL, aumento de la movilización y disminución de la concentración de calcio en el baño de diálisis, logrando normocalcemia.

**CONCLUSIÓN:** La hipercalcemia inducida por inmovilización ocurre habitualmente luego de 4 o más semanas de inmovilización, asociada a estados previos de recambio óseo elevado y/o insuficiencia renal, condiciones que favorecen un flujo aumentado de calcio desde el hueso, en contexto de una excreción limitada del mismo. Tradicionalmente el manejo de esta condición ha incluido la movilización y uso de bisfosfonatos. Sin embargo, en paciente como el nuestro con HDC, existen reportes aislados (< 5 casos) del uso de Denosumab como antiresortivo. Actualmente se conoce que la disminución de la carga mecánica sobre el hueso, propia de la inmovilización prolongada, induce aumento de la esclerostina, regulador negativo de la formación ósea. Dado lo anterior, es plausible plantear a futuro el uso de Romosozumab (anticuerpo monoclonal contra esclerostina, recientemente aprobado como terapia de osteoporosis) en el tratamiento farmacológico de la hipercalcemia inducida por inmovilización.



## TL 90 - PRIMER REPORTE DE CASO DE ENDOCARDITIS BACTERIANA POR STREPTOCOCCUS suis EN CHILE

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Sotomayor Juan Pablo (1), Rojas Loreto (2), Barría Sebastián (3), De la Rosa Paula (4), Espinoza Cesar (5). (1) Becado Medicina Interna, Universidad San Sebastián. (2) Infectóloga, Hospital de Puerto Montt. (3) Infectólogo, Hospital de Puerto Montt. (4) Interna de medicina, Universidad San Sebastián. (5) Interno de medicina, Universidad San Sebastián

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad causada por Streptococcus suis se considera una enfermedad re-emergente, genera graves problemas de salud y pérdidas millonarias a nivel mundial. La infección en humanos se produce principalmente en población de riesgo que trabaja en la industria porcina y que tiene contacto estrecho con estos animales. Los síndromes clínicos más comunes son la meningitis, shock séptico, artritis, endocarditis y endoftalmitis. Han ocurrido grandes brotes humanos de infección por S. suis en China, en 1998 y 2005, con alta mortalidad. En América Latina se describen casos esporádicos, principalmente de meningitis, y en Chile no se han reportado casos de endocarditis de esta etiología.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 54 años, alcohólico, se dedica a labores agrícolas, sin contacto directo con cerdos. Cursa cuadro de una semana de evolución de compromiso del estado general, tos con expectoración y dolor dorsal, se agrega disnea progresiva. Consulta en urgencia de atención primaria, donde ingresa taquicárdico, polipneico y con baja saturación de oxígeno, por lo que se deriva al Hospital Regional. Se constatan signos de insuficiencia respiratoria grave, con crepitaciones pulmonares bilaterales y soplo diastólico en foco aórtico. Requiere intubación y conexión a ventilación mecánica invasiva. En exámenes de laboratorio se observa leucocitosis, elevación de la proteína C reactiva. Tomografía computarizada de tórax que muestra infiltrado perihilar en ambos pulmones y derrame pleural bilateral de predominio derecho. Cardiomegalia con leve derrame pericárdico. Test rápido de Hanta virus resulta negativo, se toman hemocultivos, se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona y moxifloxacino. Ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de neumonía grave, requiriendo soporte hemodinámico. Presentó convulsión tónica clónica generalizada autolimitada. Hemocultivos, mostraron cocáceas Gram positivas en pares y cadenas, informe final con crecimiento de S. suis. Se realizó punción lumbar descartando infección del sistema nervioso central. Se solicita ecocardiograma, que evidencia vegetación de 12mm de longitud en válvula aórtica, desinserción de velo valvular aórtico con insuficiencia severa, dilatación moderada de ventrículo izquierdo y disfunción sistólica moderada. Se deriva a centro cardioquirúrgico, donde se realiza recambio valvular aórtico, con instalación de válvula biológica Trifecta N23. Completó 42 días de ceftriaxona.

**DISCUSIÓN:** S. suis se clasifica en 29 serotipos, es un comensal de cerdos, y coloniza su boca nariz e intestino. Infecta seres humanos que manipulan a estos animales o sus productos. La mayor cantidad de casos se describen en sudeste asiático y Holanda, presentando brotes epidémicos. EL paciente descrito presentó un cuadro grave, compatible con casos similares descritos, confirmando el serotipo 2, uno de los más virulentos. La utilización desmedida antimicrobianos en la industria porcina representa un potencial de desarrollo de resistencia. Este agente causal en humanos, se considera de muy baja frecuencia en nuestro medio, sin reportes de casos de endocarditis en Chile hasta este momento.



## TL 92 - HEMATOMA RETROPERITONEAL POR RUPTURA ESPONTÁNEA DE ARTERIA ILIACA COMÚN COMO DEBUT SINDROME DE EHLERS-DANLOS.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Arancibia, Javiera<sup>1</sup>; Tapia, Margarita<sup>1</sup>; Irisarri, Miren<sup>1</sup>; Lavagnino, Giuliana<sup>1</sup>; Vega, Jorge <sup>2</sup>3; Chávez, Alejo<sup>4</sup>; Gutiérrez, Miguel <sup>5</sup> Becada de Medicina Interna, Universidad de Valparaíso, Campo clínico Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar;<sup>2</sup>Escuela de Medicina, Departamento de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso; <sup>3</sup>Nefrólogo, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar.<sup>4</sup>Cirujano Vascular, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar; <sup>5</sup>Reumatólogo y Jefe de servicio de Medicina Interna de Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Ehlers-Danlos (SED) es un grupo de trastornos genéticos relativamente raros del colágeno que se caracterizan por hiperelasticidad de la piel, hipermovilidad articular y fragilidad tisular. En general la herencia es autosómica dominante y con clínica heterogénea. El tipo vascular se caracteriza por rotura vascular y de órganos, con la consiguiente mayor gravedad.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Comunicamos el caso de una mujer de 38 años con antecedente de epilepsia e hipotiroidismo. Es traída al servicio de urgencia por aparente crisis convulsiva presenciada por familiares. Al ingreso presenta compromiso de conciencia cuali-cuantitativo, interpretado como post ictal. Mientras se realizaba el examen, presentó empeoramiento de su compromiso de conciencia con pérdida de respuesta a estímulos e hipoventilación. Se reanimó, respondiendo rápidamente a las maniobras. Evolucionó con intenso dolor hipogástrico y lumbar. Un scanner de tórax-abdomen-pelvis mostró un gran hematoma retroperitoneal relacionado a la arteria iliaca derecha. Se reanimó con fluidos, conectó a ventilación mecánica y trasladó al pabellón de urgencia para exploración quirúrgica. En ella se encontró una perforación de la arteria iliaca común derecha, la cual se desgarraba fácilmente al movilizarla, por lo que se resecó el segmento comprometido y se construyó un puente femoro femoral quedando con buena perfusión hacia distal. Se envió a biopsia el segmento vascular resecado. Posteriormente se realizó una angiografía por TAC que mostró una trombosis de la arteria femoral superficial izquierda efectuándose trombectomía y reparación de la arteria con resección de un segmento. Posteriormente el puente femoro- femoral fue desconectado por existir buen flujo arterial. Fue dada de alta en buenas condiciones generales 21 días después. Cinco días después fue rehospitalizada por fiebre, la que se atribuyó al hematoma retroperitoneal después de haberse descartado un cuadro infeccioso. La biopsia del vaso sanguíneo se informó como compatible con colagenopatía. Se solicitó panel de estudio genético que analiza 27 genes asociados a colagenopatías (Invitae Aortopathy Comprehensive Panel, NY, USA). Demostró mutación heterocigótica del gen COL5A (c.4474G>A (p. Gly1492Ser), probablemente patogénica, asociada a SED autosómico dominante.

**CONCLUSIONES:** El SED es un grupo de trastornos genéticos raros del tejido conectivo que se caracterizan por hiperextensibilidad de la piel, hipermovilidad articular y fragilidad de los tejidos. Dependiendo de su severidad puede afectarse la musculatura lisa de los vasos sanguíneos, como ocurrió en esta paciente, que debutó con una hemorragia retroperitoneal por rotura espontánea de la arteria iliaca común. Comunicamos este caso clínico para sugerir incorporar al diagnóstico diferencial a este síndrome frente a sangrados por rotura espontánea de los grandes vasos.



## TL 94 - ACTIVIDAD SINÉRGICA DE CEFTAZIDIMA- AVIBACTAM Y AZTREONAM EN STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA PAN-RESISTENTE: REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Reyes, Tomás1 -; Castro, Josefina2 -Vargas, Camila2- Rodríguez, Nicolás1 -Valenzuela, Pablo3 -García, Patricia4; 1 Residente Enfermedades Infecciosas del Adulto, Facultad de Medicina, PUC 2Interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC); 3 Departamento de Enfermedades Infecciosas del Adulto, PUC; 4 Laboratorio de Microbiología, Red de Salud UC-CHRISTUS

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** *Stenotrophomonas maltophilia* es un Gram negativo oportunista productor de metalo- $\beta$ -lactamasas (MBL). Expresa además enzimas modificadoras de aminoglucósidos, determinantes de resistencia a quinolonas tipo *qnrB* y bombas de expulsión multidrogas. Produce infecciones de difícil tratamiento, principalmente en el tracto respiratorio, y se caracteriza por su alto nivel de resistencia intrínseca a diversos antibióticos y su capacidad de desarrollar resistencia intratratamiento. Los antibióticos con menor resistencia son cotrimoxazol (20%), ceftazidima (40%) y levofloxacino (2%). Este microorganismo ha sido catalogado por la Organización Mundial de la Salud como uno de los más resistentes a múltiples fármacos a nivel mundial.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 77 años, hospitalizado por tetraparesia en estudio. Durante su hospitalización presenta numerosas interurrencias infecciosas y neumonía grave por COVID que requiere de ventilación mecánica invasiva, sin uso de corticoides ni inmunosupresores. Evoluciona con aumento de secreciones respiratorias. Se realiza cultivo del aspirado endotraqueal que muestra *S. maltophilia*, susceptible a cotrimoxazol y levofloxacino, resistente a ceftazidima. Se optimiza terapia antibiótica con cotrimoxazol por 7 días. Paciente no evoluciona favorablemente por lo que se decide repetir estudio microbiológico. Nuevo cultivo endotraqueal muestra desarrollo *S. maltophilia* 2.000.000 ufc/mL, resistente a ceftazidima, levofloxacino y cotrimoxazol. Se solicita test de sinergia de ceftazidima/avibactam con aztreonam resultando las concentraciones inhibitorias mínimas (CIM) de ceftazidima/avibactam, aztreonam y aztreonam con sinergia de  $>256\mu\text{g/mL}$ ,  $>256\mu\text{g/mL}$  y  $1,5\text{ ug/mL}$ , respectivamente. Dado este resultado, se decide administrar ambos antibióticos por 10 días con buena respuesta clínica.

**DISCUSIÓN:** El uso indiscriminado de antibióticos ha aumentado la resistencia bacteriana. La industria farmacéutica no ha podido crear nuevos antibióticos efectivos con la misma rapidez con que las bacterias generan mecanismos de resistencia. Una nueva estrategia para tratar microorganismos productores de MBL es el uso combinado de antibióticos que logren entre sí superar los distintos mecanismos de resistencia presentes en estas bacterias. Avibactam es un inhibidor potente de betalactamasas (BL) pero no actúa sobre MBL. Aztreonam es un antibiótico resistente a las MBL, pero que es fácilmente hidrolizado por otras BL. La combinación aztreonam con ceftazidima/avibactam ha mostrado sinergia en la mayoría de los bacilos Gram negativos portadores de MBL, tanto Enterobacterales como *Pseudomonas aeruginosa*. El caso presentado muestra que su uso podría extenderse a otros Gram negativos multirresistentes, incluso en aquellos productores de MBL de forma intrínseca como *S. maltophilia*. Este sinergismo es alentador y abre nuevas posibilidades de tratamiento en agentes multirresistentes.



## TL 95 - GLOMERULONEFRITIS POR COMPLEJOS INMUNES SECUNDARIO A VIRUS HEPATITIS B EN ADULTO: REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Villalobos, Arturo<sup>1</sup>; Del Solar, Benjamín<sup>2</sup>; Romero, Yorman<sup>3</sup>; Guerra, Javiera<sup>2</sup>; Warnken, Alfonso<sup>2</sup>; Correa, Daniel<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Médico Internista, Universidad de Chile, Hospital Barros Luco Tradeau.

<sup>2</sup>Interno/a de Medicina, Universidad de Chile.<sup>3</sup>Médico EDF, Servicio de Salud Araucanía Sur.

### RESUMEN

El Virus Hepatitis B (VHB) es un virus hepatotrofo que puede tener diversas manifestaciones extrahepáticas, dentro de las cuales se encuentra el compromiso glomerular. Su patogénesis estaría explicada por depósito de complejos inmunes en el glomérulo que llevarían a distintas formas de compromiso glomerular, siendo, las más frecuentes, la glomerulonefritis (GN) membranosa y GN membrano-proliferativa. Clínicamente puede manifestarse como proteinuria, hematuria microscópica, hipertensión, síndrome nefrítico o síndrome nefrótico. Se presenta el caso de un paciente haitiano de 32 años, con antecedente de reactividad para antígeno de superficie de VHB en octubre 2018, que consulta por cuadro de 3 meses de evolución, iniciado en abril 2019, caracterizado por aumento de volumen de extremidades inferiores que progresa paulatinamente hasta hacerse generalizado, asociado a prurito y calor local de ambos pies, orina espumosa, aumento de peso de 5 Kg y nicturia. Hace 2 semanas inicia con episodios intermitentes de fiebre hasta 38°C que han ido en disminución. Ingresa al servicio de urgencia taquicárdico, normotenso, al examen físico destaca palidez mucocutánea y marcado edema de extremidades inferiores. Del laboratorio de ingreso destaca: Creatinina 1.96 mg/dL (basal 0.94 en 09/2018), Nitrógeno uréico 42 mg/dL, Electrolitos plasmáticos normales, Albúmina 1.8 g/dL, Proteínas totales 5.1 g/dL, Colesterol 365 mg/dL, Hemoglobina 10 g/dL, Leucocitos 10970/mm<sup>3</sup>, PCR 57 mg/dL, VHS 126 mm/h, Perfil hepático y de coagulación normales. Del examen de orina: proteínas 100 mg/dL, microhematuria 20-30/campo con 30% dismórficos. Índice proteinuria/creatininuria 5848. En este contexto se indica hospitalización en sala de nefrología con cuadro compatible con síndrome nefrótico impuro para continuar estudio y manejo.

Se inician medidas antiproteinúricas con enalapril, espironolactona y manejo depletivo con furosemida. Se solicita estudio inmunológico: C3 levemente bajo y C4 normal, ANCA, ENA y ANA (-); y del panel viral destaca Antígeno de superficie de VHB reactivo. Se realiza biopsia renal que informa GN por complejos inmunes, con leve hiperplasia endocapilar, fibrosis intersticial y atrofia tubular de 10-15% e infiltrado inflamatorio en 10%. IF con IgG, Kappa, Lambda, C3c positiva pericapilar. Se inicia manejo antiviral con Entecavir con lo que paciente evoluciona en forma favorable. A los 3 meses de iniciado tratamiento se encuentra asintomático, con función renal normal y sin proteinuria. El compromiso glomerular por virus hepatitis B es una manifestación poco común, pero bien documentada. El tratamiento de esta condición es un tema aún en estudio. Se incluye, por un lado, terapia inmunosupresora para el manejo de GN, lo cual resulta controversial por el riesgo de reactivación del virus; y, por otro lado, terapia antiviral para el manejo del VHB. En los últimos años se han publicado distintos meta-análisis con el objetivo de establecer la eficacia de las distintas terapias antivirales en GN por VHB, sin embargo, aún no hay pautas estandarizadas para el uso de estas terapias. En este caso el paciente tuvo una evolución favorable con terapia antiviral.



## TL 97 - CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN PACIENTE CON RECIENTE INICIO DE DAPAGLIFOZINA, NO TODO ES INSULINOPENIA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Polanco Victoria, Ramírez Isidora, Vivallo Carlos, Orozco Nicolás, Rojas Luis

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los inhibidores de SGLT2 (iSGLT2) son una nueva clase de medicamentos para el tratamiento de la Diabetes Mellitus 2 (DM2). Han demostrado beneficios en la progresión del daño renal, hospitalización por falla cardíaca y mortalidad cardiovascular. Sin embargo, existen inquietudes respecto a la seguridad de su uso masivo, especialmente respecto al riesgo de cetoacidosis diabética (CAD) euglicémica, una complicación potencialmente fatal. Los estudios que sostienen esta asociación tienen reparos metodológicos o incluyen mayormente pacientes jóvenes, lo que sumado a su difícil diagnóstico (CAD con glicemias bajo 250 mg/dL) hacen que sea una entidad subdiagnosticada y subestimada al prescribir los iSGLT2.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 49 años con antecedente de dislipidemia, hipotiroidismo y DM2 no insulino requirente. Presenta cuadro de baja de peso de 8 kilos en 2 semanas, polidipsia, poliuria y apetito disminuido. Consulta en forma ambulatoria 5 días previo al ingreso, se le indica aumento de dosis de metformina y se agrega dapagliflozina. A los 2 días, evoluciona con compromiso de estado general, dolor abdominal, vómitos frecuentes y cefalea. Sin fiebre ni otros síntomas. Ingresó al servicio de urgencias lúcida, normotensa, deshidratada, taquipneica, afebril, HGT 332 mg/dL. Luego de la volemicización se solicitan exámenes de laboratorio, destacando esta vez glicemia 166 mg/dL, Na 144 mEq/L, K 3.6 mEq/L, Cl 111 mEq/L, pH 7.05, bicarbonato 6 mg/dL, anion gap 27, betahidroxibutirato 93 y HbA1c 7.8%. Se descartó infección, pancreatitis e isquemia miocárdica. Se hospitalizó con diagnóstico de CAD euglicémica. Se inició tratamiento con protocolo institucional de insulino terapia para CAD, logrando revertir el cuadro luego de 72 horas, con uso concomitante de glucosa durante las últimas 24 hrs. No se identificó ninguna causa de CAD, salvo el uso reciente de iSGLT2.

**DISCUSIÓN:** Este caso clínico sustenta la relación causal reportada en otros estudios entre CAD e iSGLT2. Los factores que lo apoyan es la ausencia de un factor descompensante, la presencia de HbA1c 7.8%, la lenta resolución de la CAD (10 veces más de lo reportado en estudios previos en nuestra institución usando el mismo protocolo terapéutico), y la necesidad de usar glucosa más insulina para resolver la CAD.

Los iSGLT2 reducen la glicemia al aumentar la excreción urinaria de glucosa, lo que reduce la secreción de insulina de las células  $\beta$  pancreáticas. También estimulan la secreción de glucagón, ya sea secundariamente a la disminución de la secreción de insulina o por un efecto directo sobre las células  $\alpha$  pancreáticas. Ambas alteraciones llevan a una mayor producción de cuerpos cetónicos en el hígado. Por último, los iSGLT2 podrían disminuir el clearance renal de cuerpos cetónicos, contribuyendo al aumento de la cetonemia.

Considerando que el uso de iSGLT2 irá en aumento debido a su impacto sobre la mortalidad, y que los marcadores típicos de CAD pueden estar ausentes en estos casos, todo paciente que use estos medicamentos y presente síntomas sugerentes de CAD debe ser evaluado en un hospital con medición de pH y betahidroxibutirato, independiente del valor de la glicemia.



## TL 99 - SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR TIPO II: KERNICTERUS EN PACIENTE ADULTO, REPORTE DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Casos Clínicos

### AUTORES:

Navarrete, Camila<sup>1</sup>; Sandoval, Rodrigo<sup>1</sup>; Vidal, Joaquín<sup>2</sup>; Fuentes, Rodrigo<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Médico EDF, Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes, Bulnes, Chile  
<sup>2</sup>Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Crigler-Najjar (SCN), patología autosómica recesiva producida por mutaciones en el gen UGT1A1 del cromosoma 2, generando un déficit en la enzima uridindifosfato-glucoroniltransferasa (UDP-GT), lo que conlleva a un aumento plasmático de los niveles de bilirrubina no conjugada. Clásicamente se describen dos tipos. La tipo I, donde existe un déficit enzimático total y la tipo II, donde existe <10% de actividad enzimática. Es una patología infrecuente, con una incidencia estimada de 1 por 750.000 – 1.000.000 de nacidos vivos. Los niveles elevados de bilirrubina no conjugada pueden causar una encefalopatía devastadora denominada kernicterus. Esta ocurre al depósito de pigmentos de bilirrubina en el nervio craneal, núcleos subtalámicos y ganglios basales (en particular, el globo pálido e hipocampo) que acompaña a un espectro de secuelas neurológicas irreversibles.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino, 30 años, con antecedentes de SCN tipo II, con abandono de tratamiento (Fenobarbital) hace 3 años. Ingresa al servicio de urgencia, por cuadro de 1 semana de evolución asociado a compromiso de conciencia progresivo de tipo cuali - cuantitativo y vómitos en los últimos 3 días. Destaca ictericia generalizada, Glasgow (GCS) 14, bradipsíquico, bradilálico, inatento, desorientado temporo - espacialmente, sin focalidad. Afebril. Asterixis (-). Dentro de los exámenes: Bilirrubina total 42 mg/dL, Bilirrubina indirecta 40 mg/dL, Proteínas totales: 4.5 g/dL, Albumina 3.65 g/dL, Lactato deshidrogenasa normal. Sin compromiso infeccioso. Líquido cefalorraquídeo sin hallazgos de infección. Amonio dentro de rangos normales. Tomografía computada de cerebro sin lesiones agudas. Evoluciona con mayor compromiso de conciencia hasta GCS 8, por lo que se decide intubar. Ingres a Unidad de cuidados intensivos, donde se inicia terapia con fenobarbital asociado a 5 sesiones de plasmaféresis, con mejoría de GCS hasta 10, logra disminución de bilirrubina total hasta 10 mg/dl, sin presentar elementos de insuficiencia hepática. Inicia crisis focales mioclónicas derechas donde EEG evidencia actividad epileptiforme persistente, manejadas con terapia asociada de antiepilépticos. Usuario de traqueostomía y gastrostomía, actualmente en rehabilitación multidisciplinaria.

**DISCUSIÓN:** Presentación de una patología atípica, con un desenlace esperable en contexto de abandono de tratamiento, no exento de secuelas a largo plazo a nivel del sistema nervioso central, algunas series describen desde trastornos psicomotores menores hasta discapacidad intelectual grave.

Los tratamientos de urgencia incluyen la fototerapia y en algunos casos la exanguinotransfusión, cumpliendo una función primordial en aquellos pacientes con altos niveles de bilirrubina y con sintomatología neurológica. Dentro del manejo, la exanguinotransfusión es la medida más rápida y efectiva pero no exenta de complicaciones a nivel transfusional.

A nivel clínico se debe reforzar constantemente el control de pacientes con patologías crónicas, verificando la correcta adherencia al tratamiento.



## TL 101 - REPORTE DE CASO: DIABETES MELLITUS MITOCONDRIAL EN PACIENTE CON CETOACIDOSIS DIABÉTICA E HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Álvaro Cisternas<sup>1</sup>; Contreras, Pamela <sup>2</sup>; Peña, Daniel <sup>3</sup>; Zamorano, Darling <sup>2</sup>; Vilches Felipe <sup>4</sup>; Gómez, Carolina <sup>2</sup>; Moya, Rafael <sup>3</sup>; Sotomayor, Arturo <sup>3</sup>; <sup>1</sup>Residente Otorrinolaringología, Pontificia Universidad Católica; <sup>2</sup>Interna medicina Pontificia Universidad Católica de Chile; <sup>3</sup>Interno medicina Universidad de Chile; <sup>4</sup> Estudiante medicina, Universidad Diego Portales

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La diabetes mellitus (DM) es una patología que afecta mundialmente a más de 422 millones de personas. Entre el 1-2% abarca formas conocidas de DM monogénica, entre las que se encuentran mutaciones del ADN mitocondrial. La más frecuente es la mutación m.3243A>G, asociada a síndromes clínicos como MELAS (encefalomiopatía mitocondrial, acidosis láctica), MIDD (sordera y diabetes hereditaria) y OEP (oftalmoplejía externa progresiva).

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 43 años, con diagnóstico de DM tipo 2 insulino requirente hace 15 años e hipoacusia no estudiada, sin sobrepeso. Antecedente de madre y hermana con DM. Hospitalizaciones frecuentes por cuadros de cetoacidosis diabética (CAD), un año previo al ingreso secundaria a pielonefritis aguda, y hace 2 años por Salmonella. Consulta por compromiso de conciencia y dolor abdominal, exámenes compatibles con CAD. Se descartan causas descompensantes y se concluye falla en adherencia al tratamiento. Luego de dos días de manejo se logra criterios de resolución. Se estudia con HbA1c en 14.8%. Evaluada por otorrinolaringología (ORL), presenta hipoacusia neurosensorial (HNS) bilateral moderada. Se realiza estudio genético molecular donde se encuentra variante m.3243A>G en ADN mitocondrial. Luego de ajuste de esquema y estabilización de glicemias, es dada de alta con control en Diabetología y ORL.

**DISCUSIÓN:** La DM mitocondrial forma parte de un grupo de patologías genéticas heterogéneas y complejas del metabolismo energético. Dentro de las mutaciones asociadas se encuentra la variante m.3243A>G que puede producir distintos síndromes, donde la mayoría de los pacientes desarrollan DM tipo 1 o 2, en proporciones similares. Los elementos que nos deben hacer sospechar un cuadro de DM mitocondrial son un patrón de transmisión materna, debut alrededor de los 35 años, bajo índice de masa corporal (IMC), tendencia a desarrollar CAD, requerimiento precoz de insulino terapia y altos valores en HbA1c. Además, pueden presentar compromiso neurológico, cardíaco, auditivo y oftalmológico. Cuando la diabetes en jóvenes se asocia a HSN temprana tiene un alto valor predictivo positivo para DM mitocondrial, incluso en ausencia de antecedentes familiares. El caso de nuestra paciente presenta elementos que sugieren una patología mitocondrial subyacente: edad de presentación, antecedente familiar materno, IMC normal, elevada HbA1c, tendencia a CAD, uso precoz de insulino terapia y compromiso auditivo.

Estos pacientes tienen tendencia a desarrollar niveles de ácido láctico en reposo elevados, que pueden aumentar de forma abrupta en situaciones de estrés. En el manejo se debe evitar la metformina por riesgo de acidosis láctica y empeorar los síntomas. No se debe retrasar el inicio de insulino terapia y el manejo de los factores de riesgo cardiovasculares, requiriendo evaluación multidisciplinaria con diabetólogos, oftalmólogos, ORL, neurólogos y/o cardiólogos. Es importante conocer las características clínicas propias de DM mitocondrial, dado que el diagnóstico de esta patología tiene implicancias tanto en el consejo genético como en el tratamiento.



## TL 102 - LESIONES CUTÁNEAS COMO MANIFESTACIÓN DE NEOPLASIA HEMATOLOGICA AGRESIVA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Francesca Guidotti<sup>1</sup>, José Tomas González<sup>1</sup>, Valeska Vega<sup>2</sup> Médico Internista Hospital San Juan de Dios. <sup>2</sup>Hematólogo Hospital San Juan de Dios.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La Neoplasia de Células Dendríticas Blásticas Plasmocitoides (NCDBP), constituye una enfermedad hematológica infrecuente, que tiene su origen en los precursores de las células dendríticas plasmocitoides. Su afectación más frecuente es la cutánea, pero puede comprometer medula ósea y leucemizar. Se presenta a cualquier edad, con predilección de edades mayores. Es de difícil diagnóstico, con un curso clínico agresivo, poca experiencia en cuanto a su tratamiento con quimioterapia y recaídas precoces en sistema nervioso central como causa de muerte.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino, 21 años sin antecedentes. Consulta por lesión en muslo izquierdo solevanteda de coloración violácea de 15 cm de diámetro de un mes de evolución, a la cuales se agregan máculas hiperpigmentadas en tórax anterior de 1x1 cm de diámetro. Niega otros síntomas. Se realiza Tomografía Axial Computada (TAC) de cuello, tórax, abdomen y pelvis con contraste con hallazgo de nódulos subcutáneos bilaterales en región pectoral, sugerentes de implantación de primario desconocido. Es evaluado por cirugía y se decide biopsia de lesión de muslo, con IHQ compatible con infiltración por células CD4 positivo y CD45 débil, además de ser positivas para CD56 y CD123, TdT positivo irregular. KI67 50%. Compatible con NCDBP. Se hospitaliza para completar estudio e inicio de tratamiento. Hemograma de ingreso con Hemoglobina 13, recuento de leucocitos 11780, recuento de neutrófilos 3651, recuento de linfocitos 5183, plaquetas 68000, y frotis con 3% de células mononucleares de tamaño pequeño, núcleo irregular, cromatina grumosa y citoplasma basófilo. Resto de análisis de laboratorio dentro de rango normal. Biopsia de medula ósea infiltrada por células dendríticas blásticas plasmocitoides.

Se realiza punción lumbar, con citológico acelular. Dentro 48 horas evoluciona con progresión de lesiones en tórax anterior con nódulos violáceos, solevantedos en tórax anterior, cuello y rostro asociado a aumento de células dendríticas en hemograma. Se decide inicio de quimioterapia con esquema de Leucemia Linfoblástica Aguda HiperCVAD y luego Block R1 asociado a quimioterapia intratecal, completando sin incidentes, logrando remisión de lesiones cutáneas y de lesiones subcutáneas en TAC. Se realiza mielograma al día 30 de inducción, con inmunofenotipo sin células neoplásicas. En espera de trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos en primera remisión.

**DISCUSIÓN:** La NCDBP es una neoplasia hematológica agresiva y que progresa rápidamente. Para su diagnóstico se debe tener alto índice de sospecha e iniciar precozmente el tratamiento para lograr rápida remisión y llevar a paciente a trasplante, siendo este el único tratamiento con intención curativa disponible. Sin éste, la recaída ocurre antes de los 2 años.

La presentación clínica de lesiones violáceas es la más frecuente, con o sin compromiso medular, asociadas a adenopatías y visceromegalias.

Dado que es enfermedad rara, no existen grandes estudios aleatorizados en tratamiento, por lo que por su comportamiento agresivo se replican esquemas de leucemias agudas con tasas de éxito poco definidas.



## TL 104 - LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA ASOCIADA A BACILLUS CALMETTE- GUERIN INTRAVESICAL

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Gazmuri, José Tomás<sup>1</sup>; Aguilera, Francisca<sup>2</sup>; González, Javier<sup>2</sup>; Guerrero, Gonzalo<sup>1</sup>; Sarmiento, Mauricio<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Becado de Hemato-oncología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.<sup>2</sup>Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago. <sup>3</sup>Médico Hemato-oncólogo, Departamento de Medicina Interna, subdivisión Hemato-oncología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La Linfocitosis Hemofagocítica (LHH) es un síndrome de disregulación inmune caracterizado por la hiperactivación macrófaga y la pérdida de su inhibición por parte de los linfocitos T citotóxicos y Natural Killer. Además de la hemofagocitosis, secundario a la excesiva producción de citoquinas, suele presentarse con fiebre, elevación de transaminasas, hipertrigliceridemia, hiperferritinemia, citopenia variable, esplenomegalia y coagulación intravascular. En adultos, se ha descrito un 50% de las LHH asociadas a patología autoinmune, neoplasias, principalmente hematológicas; e infecciones, sobre todo de la familia Herpesviridae. Una causa poco frecuente es la LHH gatillada asociada a Bacillus Calmette- Guerin (BCG) intravesical, como se verá en el siguiente caso.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 61 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento y cáncer de vejiga operado hace tres meses, con 3 instilaciones endovesicales de BCG posterior; se hospitaliza en contexto de síndrome icterico febril asociado a rash y alteración de las pruebas hepáticas. Ante sospecha de colangitis aguda, se realiza colangio resonancia magnética que descarta coledocolitiasis pero con signos de hepatopatía aguda. Se solicita estudio infeccioso y reumatológico, sin alteraciones. Durante hospitalización evoluciona con caída de hemoglobina hasta 8.7 g/dl, asociado a hipereosinofilia, ferritina hasta 11807 ng/ml y pruebas de coagulación prolongadas. Se complementa estudio, destacando triglicéridos 542 mg/dl, SCD25 7362 U/ml, triptasa sérica e IgE normales. Tomografía Computada evidencia hidroureteronefrosis izquierda, sin factor obstructivo, sin otros hallazgos. Se lleva a cabo biopsia hepática que muestra hepatitis portal y lobulillar con infiltración eosinofílica y signos sugerentes de eritrofagocitosis. Estudio medular sin evidencia de hemofagocitosis. Se plantea LHH secundaria a instilaciones de BCG, y se inician corticoides. Paciente recibe pulso de 1,5 gr de metilprednisolona con posterior traslape a prednisona oral, con buena respuesta clínica y analítica.

**DISCUSIÓN:** La variedad de presentación clínica en la LHH a menudo conlleva varias líneas de estudio y terapias de soporte, antes de alcanzar el diagnóstico definitivo. Ante falla hepática, la hiperferritinemia e hipertrigliceridemia pueden ser orientadoras; y la presencia de SCD25 aumentado altamente sugerente. El estudio histológico resulta crucial para intentar evidenciar la hemofagocitosis. La LHH asociada a Mycobacterium Tuberculosis, es una entidad relativamente bien descrita, no obstante, su asociación con instilación intravesical de BCG solo ha sido reportada en tres ocasiones previas. Los intentos por aislar el BCG en médula, son de escasa utilidad con un rendimiento de los cultivos cercano al 30%. A diferencia de otros casos en la literatura, la paciente respondió favorablemente a la terapia corticoidal, sin necesidad de escalar a inmunoglobulina endovenosa u otros inmunosupresores.



## TL 105 - PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO E INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN 24 MESES.

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Melgarejo, Paula<sup>1</sup>; Sabat, Rodrigo<sup>2</sup>; Ramirez, Joaquin<sup>2</sup>; Huerta, Mitsuko<sup>2</sup>; Tolosa, Matias<sup>2</sup>; Carrasco, Matias<sup>2</sup>; Palacios, Eduardo<sup>2</sup>; Fuentes, Martín<sup>2</sup>; Quezada, Paula<sup>2</sup>; San Martín, Diego<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Residente de Medicina Interna, Universidad de Concepción, Concepción Chile. <sup>2</sup>Alumno Quinto Año medicina, Universidad de Concepción, Concepción Chile. <sup>3</sup>Gastroenterólogo, Hospital Las Higueras de Talcahuano.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** En Chile, entre 2016-2017 un tercio de la población se declaró como fumadora (33,3%), y la prevalencia de infección por Helicobacter Pylori (HP) fluctúa en 60-79%. Ambos son considerados factores de riesgo importantes para el desarrollo de cáncer gástrico y úlcera gastroduodenal. La evidencia que relaciona infección por HP y tabaquismo es limitada, lo que hace su relación incierta. El objetivo de este trabajo fue describir la prevalencia y asociación de ambos factores de riesgo en pacientes que se sometieron a endoscopia digestiva alta (EDA).

**MÉTODO:** Estudio analítico transversal. La muestra de estudio fue de 910 pacientes que se realizaron EDA con test de ureasa entre julio de 2018 y junio de 2020, con el antecedente de fumador o no fumador descrito en la ficha clínica. Se incluyeron para el análisis datos de sexo y edad. Los datos fueron analizados mediante el software estadístico SPSS.

**RESULTADO:** El promedio de edad fue de 56,82 años, con un rango etario entre 8 y 94 años. Un 68% (n=619) eran mujeres. Se encontró una prevalencia de infección por HP de 41,3% (n=376) y del 26,2% (n=238) de tabaquismo activo al momento de la EDA. La coexistencia de tabaquismo e infección por HP fue del 13,4% (n=122). Dentro de los pacientes fumadores, se encontró una prevalencia de infección por HP de 51,7% (n=122). Adicionalmente, se encontró que los pacientes que presentan tabaquismo activo tienen más probabilidad de presentar infección por HP, con un OR 1,73 (IC 95% (1,29-2,33); p=0,0002).

**CONCLUSIÓN:** La prevalencia de tabaquismo, de infección por HP y la coexistencia de ambos en la población estudiada es menor a la reportada a nivel nacional. Se encontró una asociación positiva discreta entre la infección por HP y tabaquismo.



## TL 107 - PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN HOSPITAL PÚBLICO, ENTRE JULIO 2018 Y JUNIO 2020.

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Parra-Valencia Esteban<sup>1</sup>; Aguayo, Joaquín<sup>2</sup>; García, Carolina<sup>2</sup>; Hohf, Marion<sup>2</sup>; Fierro, Kattia<sup>2</sup>; Cortés, Sofía<sup>2</sup>; Enríquez, Rodrigo<sup>2</sup>; Espinoza, Mariana<sup>2</sup>; Santander, Cristobal<sup>2</sup>; <sup>2</sup>; San Martín, Diego<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Residente Medicina Interna, Universidad de Concepción, Concepción Chile. <sup>2</sup>Interno Medicina, Universidad de Concepción, Concepción Chile. <sup>3</sup>Médico Gastroenterólogo, Hospital Las Higueras.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La infección por *Helicobacter pylori* (HP) tiene una amplia distribución con una prevalencia mundial que alcanza un 44,3%. En Chile, su prevalencia oscila entre 60% y 79%. Se ha reportado que la infección por HP se asociaría a desórdenes metabólicos, relación aún controversial. El objetivo de este estudio fue describir la asociación entre infección por HP según estado nutricional calculado por índice de masa corporal (IMC), en pacientes sometidos a test de ureasa realizado por endoscopia digestiva alta.

**MÉTODO:** Se realizó un estudio analítico-transversal tomando como población de estudio 686 pacientes con test de ureasa realizado bajo endoscopia digestiva alta entre julio del 2018 y junio del 2020. Se utilizaron los criterios de IMC de la Organización Mundial de la Salud (bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad). Se incluyeron datos demográficos, tales como edad y sexo. Se utilizaron medidas de tendencia central y análisis de asociación mediante SPSS.

**RESULTADOS:** Del total de pacientes, un 69,5% (n=476) fueron mujeres. La edad promedio fue de 58,7 ± 15,2 años, con un rango etario de 18 a 93 años. Respecto al IMC, un 2,1% (n=15) de los pacientes se encontraban bajo peso, 22,9% (n=157) normopeso y un 74,9% (n=514) sobrepeso/obesidad. Se encontró que un 41,5% de los pacientes tuvo un test de ureasa positivo, teniendo una mayor positividad pacientes con IMC de bajo peso (53,3%, n=8). El odds ratio de prevalencia de HP en pacientes bajo peso vs. normopeso fue de 1,7 (IC 95% de 0,5-4,9; p=0,32), mientras que para pacientes sobrepeso/obesidad vs. normopeso fue de 1,0 (IC 95% de 0,7-1,5; p=0,74).

**CONCLUSIÓN:** La mayor tasa de prevalencia de infección por HP se encontró en los pacientes con bajo peso, mientras que la menor tasa fue en los pacientes con obesidad. Se encontró una leve asociación entre pacientes con bajo peso y HP, a diferencia de los pacientes con sobrepeso/obesidad en donde fue insignificante. Los resultados obtenidos están sujetos a las limitaciones del estudio, por lo que resultan necesarias investigaciones de mayor envergadura para determinar esta relación.



## TL 108 - SUPERVIVENCIA DE PACIENTES SOMETIDOS A GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN UN HOSPITAL PÚBLICO, ENTRE LOS AÑOS 2013-2020.

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Parra-Valencia Esteban<sup>1</sup>; Enríquez, Rodrigo<sup>2</sup>; Espinoza, Mariana<sup>2</sup>; Aguayo, Joaquín<sup>2</sup>; Santander, Cristóbal<sup>2</sup>; Cortés, Sofía<sup>2</sup>; Fierro, Kattia<sup>2</sup>; García, Carolina<sup>2</sup>; Hof, Marion<sup>2</sup>; San Martín, Diego<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Residente Gastroenterología Universidad de Concepción. <sup>2</sup>Interno Medicina 6to año, Universidad de Concepción. <sup>3</sup>Gastroenterólogo, Hospital Las Higueras.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es el método de elección para brindar alimentación enteral por largos períodos a pacientes que ven afectada su capacidad de nutrición por vía oral. Múltiples estudios han contrastado una alta supervivencia temprana (a 1 mes), con baja supervivencia a largo plazo. No existen datos locales de sobrevida en estos pacientes, por lo que el objetivo de este trabajo fue determinar la supervivencia de pacientes posterior a la realización de una GEP en un hospital público de alta complejidad.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio analítico, con cohorte variable, tomando como población a 428 pacientes sometidos a GEP por primera vez entre los años 2013 y Julio 2020. Se excluyeron pacientes con causa de intervención no conocida, quedando una muestra de 404 personas. Se recogieron de la ficha electrónica: datos demográficos, causa que determinó la realización de GEP agrupadas según causa general (neurológica, neoplásica y otra), además del tiempo de seguimiento y estado al final de este (vivo o fallecido). Se realizó análisis bivariado de datos en SPSS®, donde se usó el estimador de supervivencia de Kaplan-Meier, además de la prueba log-rank para evaluar diferencias entre los distintos grupos.

**RESULTADOS:** Del total de pacientes, un 52,72% (n=213) fueron hombres. La edad promedio de pacientes fue de 74,06 + 14,26 años (hombres 71,38 + 14,06 años, mujeres 77,04 + 13,96 años). Al finalizar el estudio un 73,51% (n=297) había fallecido. Un 90,59% (n=366) de las causas generales de intervención correspondieron a causas neurológicas (accidente cerebrovascular (ACV) con un 59,29%, n=217), y un 7,18% (n=29) a causas neoplásicas. Según sexo, las causas generales se distribuyeron de forma similar: causas neurológicas con un 87,79% y 93,72% en hombres y mujeres, respectivamente. La supervivencia global fue de 82,6% al mes, 52,1% a los 6 meses, de 39,8% al año, y de 21,7% a los 3 años encontrándose la mediana a los 6,79 + 0,89 meses, con un intervalo de confianza del 95%. El grupo de hombres presentaron la mediana de supervivencia a los 6,44 + 1,02 meses, y las mujeres a los 7,39 + 1,94 meses, con log-rank test de p=0,27. Al analizar la supervivencia en base a las causas generales, el grupo de causas neurológicas presentó la mediana de supervivencia a los 7,23 + 1,00 meses, neoplasias a los 4,86 + 1,29 meses, y el de otras causas a los 3,55 meses + 6,83 meses, con log-rank test de p=0,33.

**CONCLUSIÓN:** La tasa de supervivencia general coincide tanto a corto como largo plazo con lo descrito por la literatura, con 80-90% al mes, 40% al año y 19% a los 3 años. A diferencia de otros estudios, no se encontraron diferencias en la supervivencia según sexo y causa general, sin embargo, estos poseen un tamaño de muestra bastante menor. En la distribución de GEP según causa general se observa la tendencia de la mayoría de series descritas, donde lideran las neurológicas en gran porcentaje, seguidas por causas neoplásicas. La principal causa específica fue ACV, lo que coincide con estudios internacionales.



## TL 110 - HIPOGLICEMIA EN EL PACIENTE NO DIABÉTICO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Ross, Patricio<sup>1</sup>; Sánchez, Francisca<sup>2</sup>; Muñoz, Luis<sup>2</sup>; Cortés, Adán<sup>2</sup>; Oksenberg, Sebastián<sup>1</sup>; <sup>1</sup> Residente de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile; <sup>2</sup> Interno(a) de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La hipoglicemia se presenta típicamente en diabéticos tipo 1, con menor frecuencia en diabéticos tipo 2 pero existe un porcentaje menor que ocurre en ausencia de ambas patologías, con una incidencia de 36 por 10.000 ingresos hospitalarios. Sin duda representan un gran desafío diagnóstico dado su baja incidencia y amplio diagnóstico diferencial.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 54 años sin antecedentes mórbidos, consulta en servicio de urgencias (SU) por 6 meses de episodios reiterados de sensación de hambre, mareo, temblor y alteración de marcha que duran horas, evaluada previamente en ambulatorio destacando glicemia capilar (HGT) entre 39 y 49 mg/dL y logrando mejoría sintomática con glucosa endovenosa. Ingresa al SU en buenas condiciones generales, con signos vitales normales, HGT 29 mg/dL, se maneja inicialmente con glucosa ev y se hospitaliza para completar estudio.

Al laboratorio destaca: Glicemia basal y post carga 22 y 41 mg/dL, Insulina basal y post carga 16,5 y 19,2 UI/ml, Péptido C 6,2 ng/ml, Cortisol basal y post carga 4,5 y 14,3 ug/dl, Hormona de crecimiento 0.3 ng/ml, con función hepática y renal normales. Se solicita tomografía computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis sin hallazgos relevantes, se complementa con resonancia magnética (RNM) de abdomen en que se informa un nódulo sólido en la cola del páncreas, con señal intermedia en T2 e hiposeñal en T1, sin signos de diseminación abdominal.

Se diagnostica tumor neuroendocrino e insuficiencia suprarrenal (ISR) por cortisol anormalmente normal. Se define pancreatectomía distal y suplementación con corticoides. Evoluciona euglicémica, se decide alta hospitalaria.

**DISCUSIÓN:** Al demostrar la presencia de la triada de Whipple en un paciente no diabético, sin uso de hipoglicemiantes orales, se debe enfocar el estudio en medir el nivel de insulina concomitante y el origen de esta mediante la medición del péptido C y proinsulina en muestra crítica, lo que permite diferenciar las hipoglicemias con insulina aumentada o disminuida. En casos de hiperinsulinismo endógeno se debe ir en búsqueda de un insulinoma. Entre las opciones imagenológicas disponibles, el TC posee una sensibilidad reportada entre 33-64% y típicamente muestra una imagen hipervascularizada con refuerzo en fase arterial. El uso de RNM ha reportado una sensibilidad entre 40-90%, la cual muestra la lesión como una zona de alta intensidad de T2 y baja intensidad en T1. Este representa un bajo porcentaje dentro del diagnóstico diferencial, con una incidencia de menor a 4/millón de habitantes, a pesar de que se constituye como la neoplasia endocrinológica pancreática más común y de buen pronóstico tras su resolución quirúrgica. Además, destaca la presencia de ISR, que se podría explicar por exposición prolongada a hipoglicemia y agotamiento de hormonas de contrarregulación. Se debe buscar de forma dirigida por la necesidad de suplementar con corticoides en dosis de estrés ante eventual necesidad de pabellón. Existen reportes de casos en que la ISR revierte luego de extirpar el insulinoma, por lo que en el seguimiento se debe evaluar la indicación crónica de corticoides.



## TL 111 - MIALGIAS EN INFECCIÓN POR SARS-CoV-2, NO SIEMPRE ES MÁS DE LO MISMO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Oksenberg, Sebastián<sup>1</sup>; Muñoz, Luis<sup>2</sup>; Sánchez, Francisca<sup>2</sup>; Cortés, Adán<sup>2</sup>; Ross, Patricio<sup>1</sup>; <sup>1</sup>Residente de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile. <sup>2</sup>Interno(a) de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La infección por SARS CoV-2 se presenta típicamente con síntomas generales y respiratorios, sin embargo, existe un amplio espectro de presentaciones atípicas lo que hace que su diagnóstico se convierta en un desafío para el clínico. Dentro de ellas se encuentra la rabdomiolisis, cuya prevalencia fue cercana al 0,2% en la cohorte de Wuhan. Dentro de las posibles etiologías infecciosas de rabdomiolisis se describe asociación con algunos virus como influenza A, B y virus SARS.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 35 años sin antecedentes mórbidos consulta en servicio de urgencias por cuadro de 2 días de evolución de compromiso del estado general, adinamia, mialgias de predominio en extremidades inferiores (EEII) y disnea rápidamente progresiva hasta ser de reposo. Por marcado compromiso cuali-cuantitativo de conciencia al ingreso se decide intubar y conectar a ventilación mecánica invasiva (VMI). Se solicitan exámenes de laboratorio: Creatinina 2,26 mg/dL, BUN 50 mg/dL, potasio 5,5 mEq/L. Leucocitos 32300, Dímero D 3028 ng/ml y CK total 61290 U/L. Se realiza tomografía computada (TC) de cerebro sin hallazgos y TC de tórax compatible con COVID-19. Se solicita Resonancia Magnética (RNM) de extremidades inferiores (EEII) que informa miositis difusa y relativamente simétrica de EEII secundaria a rabdomiolisis.

Evoluciona con aumento de CK total hasta 269328 U/L e insuficiencia renal aguda con ascenso de creatinina hasta 5,72 mg/dL que requirió terapia de reemplazo renal. Como estudio de rabdomiolisis se solicita panel de miopatías inflamatorias que resulta negativo. Se rescata resultado de PCR COVID-19 positiva.

Evoluciona con diuresis al alza y posteriormente desarrolla poliuria que se interpreta post necrosis tubular aguda y se maneja con reposición de volumen, sin conflicto al alta. Desde el punto de vista ventilatorio, inicialmente requiere VMI, evoluciona de forma favorable, logrando extubación y rápidamente logra suspensión de oxígeno suplementario.

**DISCUSIÓN:** Son variados los mecanismos propuestos de generación de rabdomiolisis en pacientes COVID: reactividad cruzada, daño mediado por toxinas virales, expresión de antígenos en la membrana celular de miocitos inducida por virus, entre otras. También se ha evidenciado daño mediado por células T en biopsias musculares. Se debe considerar la rabdomiolisis como un diagnóstico diferencial en pacientes con mialgias generalizadas sin otros síntomas asociados en contexto de un examen PCR SARS CoV-2 positivo.



## TL 113 - ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO COMO CAUSA DE SINDROME FEBRIL EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS: REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Velásquez, Camila 1; Goldaracena, Araceli 2; Medina, Daniela 3; Lara, Clemente 1. 1Médico general, CESFAM Plaza Justicia, Valparaíso. 2Médico general, CESFAM Santa Clara, Bulnes. 3Médico general, CESFAM Chiguayante, Concepción.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una infección causada por *Bartonella henselae*. Puede producirse por la mordedura o arañazo de gato, conejo o hurón. Afecta con mayor frecuencia a jóvenes menores de 20 años inmunocompetentes y la mayoría de las veces tiene un curso benigno y autolimitado.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente varón, 32 años, sin antecedentes mórbidos conocidos. Consultó en primera instancia en Servicio de Alta Resolutividad (SAR) por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por fiebre hasta 39°C asociado a cefalea y mialgias. Se tomó prueba de reacción en cadena de la polimerasa para Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (PCR SARS COV-2) con informe resultado negativo a las 24 horas. A los 7 días de evolución persistiendo los síntomas consultó nuevamente en SAR donde se tomó nueva muestra para PCR SARS COV-2. Con resultado negativo se decidió derivación a servicio de urgencias adulto del hospital de base para completar estudio. Durante hospitalización se realizó: punción lumbar con análisis y cultivo de Líquido cefalorraquídeo, hemocultivo, urocultivo, Test para Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Inmunoglobulina M (IgM) e Inmunoglobulina G (IgG) de *Toxoplasma*, Citomegalovirus y Virus EpsteinBar resultando normales. Infectólogo inició tratamiento antibiótico y solicitó Tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis (TAC-TAP) que informó: escaso líquido perirrenal y pararenal bilateral, adenopatías mesentéricas. Se profundizó en historia clínica del paciente conociendo antecedente de mordedura de gato hace aproximadamente 40 días en mano derecha. Se tomó muestra IgG para *Bartonella Henselae*. A la espera del resultado paciente evolucionó afebril durante tres días por lo que se decidió repetir PCR SARS COV-2, suspender tratamiento antibiótico y con resultado negativo para coronavirus se indicó alta con posterior control médico. A los 2 días de indicado el alta con diagnóstico de Síndrome febril sin foco en estudio, paciente obtuvo resultado de prueba serológica positiva para *Bartonella henselae*.

**DISCUSIÓN:** La EAG es una importante causal de síndrome febril. El cuadro clínico clásico se caracteriza por la presencia de una linfadenopatía regional, a veces acompañada de fiebre de semanas a meses de evolución y que comienza en relación con un arañazo o mordedura de gato. Las adenopatías pueden aparecer hasta 60 días después de la inoculación. Son habitualmente dolorosas, con eritema de la piel y ocasionalmente supuradas. En el caso del paciente descrito el síntoma más sensible fue la fiebre asociada a mialgias, lo cual teniendo en cuenta el contexto actual que atravesamos fue un elemento muy sugerente de Coronavirus considerándolo hasta el momento del egreso hospitalario. La EAG debe estar siempre presente a la hora de plantear diagnósticos diferenciales del síndrome febril de origen desconocido buscando dirigidamente el antecedente epidemiológico de contacto con mascotas, en especial gatos. Sólo un alto índice de sospecha podría hacer que éste sea un diagnóstico ambulatorio, o en su defecto se realice precozmente dentro de la hospitalización.



## TL 114 - DEGENERACIÓN COMBINADA SUBAGUDA: REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Carrasco, Juan<sup>1,2</sup>; Araya, Javier<sup>3</sup>; Enríquez, José<sup>3</sup>; Obando, Javier<sup>3</sup>; Reyes, Franco<sup>3</sup> <sup>1</sup> Médico Neurólogo, Hospital Regional de Talca;<sup>2</sup> Docente Universidad Católica del Maule, Talca<sup>3</sup> Interno de Medicina Universidad Católica del Maule, Talca

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN** El déficit de vitamina B12 puede provocar diversas situaciones patológicas en el hombre tales como mielopatía, gastropatías, deterioro cognitivo o neuropatía periférica, entre otras. Las causas más frecuentes son la malabsorción (e.g. anemia perniciosa), insuficiencia pancreática, medicamentos (e.g. colchicina), aumentos del requerimiento (e.g. hipertiroidismo) y aporte inadecuado (e.g. dietas especiales). La mielopatía específica por déficit de B12 se denomina degeneración combinada subaguda (DCS) y se caracteriza por degeneración de las columnas dorsales y laterales de la médula espinal debido a desmielinización. A propósito, se presenta el siguiente caso clínico. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 23 años, trabajador agrícola, sin antecedentes mórbidos conocidos. Derivado desde extra sistema por cuadro de 4 años de evolución caracterizado por dolor de carácter punzante en ambas plantas del pie. Se estudia y se diagnostica fascitis plantar, recibiendo manejo sintomático y ortopédico con pobre respuesta. Durante su evolución se agrega dificultad para la marcha, requiriendo el uso de ayudas técnicas, y parestesias de predominio nocturno. Al examen físico se objetiva espasticidad de ambas extremidades inferiores, con reflejos osteotendinosos exaltados y aumento del área reflexógena. La sensibilidad y propiocepción estaban conservadas. Se complementa estudio con laboratorio general, VDRL, TSH, RNM de cerebro y médula espinal, HTLV-1 y electromiografía, sin alteraciones. Se solicitan niveles de vitamina B12, encontrándose cercanos al límite inferior. Se inicia una prueba terapéutica con aporte de B12 en dosis semanales con evidente mejoría de la espasticidad y reflejos al control en 1 mes.

**DISCUSIÓN:** El diagnóstico de la DCS se realiza a través de una buena anamnesis, examen físico, laboratorio y se apoya en el uso de imágenes. A la evaluación clínica destaca una secuencia que inicia con debilidad y entumecimiento de manos y pies, pasando por inestabilidad de la marcha, compromiso sensitivo profundo y culmina en la tetraparesia espástica. Además, se puede acompañar de síntomas neuropsiquiátricos como apatía, depresión, confusión e irritabilidad. Al examen de laboratorio, el diagnóstico de déficit de vitamina B12 se realiza con un valor de corte inferior a 200 ng/L. Éste ha mostrado una sensibilidad de 97%, sin embargo, se debe tener en cuenta que un valor exacto no siempre se correlaciona con la clínica del paciente. Las manifestaciones neurológicas del déficit de B12 puede preceder a la aparición de cambios hematológicos, incluso pueden ocurrir en ausencia de cualquier complicación hematológica. En cuanto al estudio imagenológico de la DCS, la RNM muestra una sensibilidad baja para el diagnóstico de la enfermedad, cercana al 14.8%. Los hallazgos clásicos que se describen son: 1) hiperintensidad bilateral de los cordones posteriores en secuencia T2, 2) compromiso de los cordones cortico-laterales, 3) compromiso principal de región cervical y torácica. El tratamiento consiste en el aporte de vitamina B12. La pauta de tratamiento más utilizada corresponde 1000 µg de vitamina B12 semanales por los primeros 3 meses, y luego 1000 µg cada 3 meses.



## TL 115 - LUMBALGIA COMO PRESENTACIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO METASTÁSICO EN PACIENTE DE 26 AÑOS

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Sotomayor, Céline 1; Peña, Daniel 2; Contreras, Pamela 3; Lasen, Tomás 2; Moya, Rafael 2; Salas, Sylvia 2; Sotomayor, Arturo 2; Zamorano, Darling 3; 1 Residente Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios. 2Interno de Medicina, Universidad de Chile. 3Interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer gástrico (CG) es la segunda causa de muerte relacionada a cáncer y cuarto en incidencia en el mundo. En Chile, es la primera causa de mortalidad por tumores malignos. Tiene su peak de incidencia entre los 50 y 70 años, siendo el 1-2% en menores de 30 años.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer 26 años sin antecedentes mórbidos, refiere cuadro de lumbalgia de 3 semanas de evolución tratada con ibuprofeno con mala respuesta. Progresa con compromiso del estado general, melena y hematemesis. En laboratorio destaca anemia severa (Hb 6.2 g/dl) microcítica normocrómica, leucocitosis (16.800 células/mm<sup>3</sup>) y trombocitosis (462.000 células/mm<sup>3</sup>), pruebas de coagulación, función renal y electrolitos en rango normal. Se hospitaliza para manejo de hemorragia digestiva alta (HDA), ingresando hemodinámicamente estable. Se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) que informa úlcera gástrica Forrest IIa y EDA de control con toma de biopsia a los 5 días que indica úlcera gástrica Forrest IIc.

Durante hospitalización persiste lumbalgia de moderada a severa intensidad pese a analgesia. Se decide estudio imagen con tomografía computada (TC) de columna lumbosacra que informa lesiones osteolíticas en T11 y L4 sugerentes de implantación secundaria. Se complementa estudio con resonancia magnética de columna dorsal que muestra alteraciones focales C6, D2, D5, D11 y L4 sugerentes de metástasis. En búsqueda de tumor primario se estudia con mamografía, ecotomografía tiroidea, mamaria, ginecológica y Papanicolau, los cuales resultan negativos, y TC de tórax, abdomen y pelvis que informa engrosamiento focal en curvatura mayor gástrica, linfonodos perigástricos, mesentéricos, retroperitoneales y carcinomatosis peritoneal. En informe de biopsia endoscópica se describe adenocarcinoma pobremente diferenciado con células en anillo de sello con estudio inmunohistoquímico de receptor HER-2 negativo. Se decide manejo paliativo debido a enfermedad metastásica e irsecabilidad.

**DISCUSIÓN:** El CG en adultos jóvenes presenta habitualmente desde escasos síntomas hasta ninguna manifestación clínica. Debido a lo anterior, el diagnóstico suele ocurrir en etapas avanzadas de la enfermedad que, sumada a la histología difusa en la mayoría de los casos, dificulta su resecabilidad y les confiere peor pronóstico. La presentación del caso expuesto inició con lumbalgia secundaria a metástasis y evolucionó con HDA atribuible al uso prolongado de Ibuprofeno o manifestación tardía de CG.

Las metástasis comprometen principalmente hígado y peritoneo. Nuestro caso presentó carcinomatosis peritoneal y metástasis óseas, llamativas por su infrecuencia (0.9% de CG). Dada su presentación, no fue candidata a resección oncológica, otorgándole manejo paliativo.

En pacientes con epigastralgia o dispepsia que no respondan a tratamiento médico habitual no se debe desdeñar la posibilidad de un CG como causa, por lo tanto, se debe realizar una EDA de forma oportuna independiente de su edad debido a la alta incidencia y mortalidad por CG en Chile.



## TL 119 - HIPERCALCEMIA DE CAUSA INFRECUENTE

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Hernández, Gabriela (1); Devoto, Angela (2); Retamal, María Ignacia (3); (1) Becada Medicina Interna, Universidad de Valparaíso;(2) Interna, Universidad de Valparaíso;(3) Interna, Universidad de Valparaíso

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La hipercalcemia es un trastorno metabólico donde la concentración sérica de calcio total es  $>10,4$  mg/dL. Sus principales causas son las neoplasias y el hiperparatiroidismo primario, en el entorno intrahospitalario y ambulatorio respectivamente. Puede presentarse de forma asintomática hasta como una urgencia médica, dependiendo de los niveles de calcio y la velocidad de instauración. La determinación de la parathormona (PTH) es esencial para orientar la etiología.

**CASO CLÍNICO:** Hombre 76 años, con antecedentes de fibrilación auricular de origen valvular (reemplazo válvula mitral), cardiopatía coronaria, hipertensión, nefropatía crónica (etapa IIIa) e hiperplasia prostática benigna. Usuario de amlodipino, enalapril, atenolol, furosemida, omeprazol, atorvastatina, tamsulosina y terapia anticoagulante oral. Derivado desde CESFAM por elevación de Fosfatasas alcalinas (FA) e hipercalcemia para estudio por Medicina Interna. Clínicamente presenta síndrome dispéptico. Estudio con endoscopia digestiva alta: esofagitis erosiva severa, úlcera gástrica y posible neoplasia en unión gastroesofágica. Biopsia descarta cáncer. En exámenes de laboratorio: hipercalcemia persistente, fosforo normal, PTH normal. TAC tórax-abdomen-pelvis destaca focos de osteólisis y esclerosis en articulación sacro-iliaca izquierda y L5 sugerentes de enfermedad de Paget. Colelitiasis. No se observó lesión neoplásica. Posteriormente, se confirma con radiografía pelvis la enfermedad de Paget y se deriva a reumatología para manejo.

**CONCLUSIONES:** Aunque la mayoría de los pacientes con hipercalcemia son asintomáticos, esta puede afectar múltiples sistemas, como el osteoarticular, renal, metabólico, cardiovascular, neuromuscular y gastrointestinal, como en el caso del paciente en que la úlcera gástrica y colelitiasis podrían haberse debido a esta causa. En cuanto al estudio etiológico es importante anamnesis, examen físico, radiografía de tórax y pruebas de laboratorio (electrolitos, función renal, calcio, fosfato, PTH, FA).

Una causa infrecuente de hipercalcemia es la enfermedad de Paget, también conocida como osteítis deformante. Su incidencia aumenta con la edad y se caracteriza por un recambio óseo aumentado en uno o varios huesos. Es de causa desconocida, pero se asocia con factores genéticos e infecciones víricas. Puede ser asintomática o provocar dolor, deformidad y fracturas. Las formas de presentación más frecuentes son como hallazgo casual de FA aumentadas, como en el caso anterior, o incidentalomas en estudios radiológicos. Es una causa de hipercalcemia independiente de PTH. La radiografía confirma el diagnóstico. Es importante sospechar esta enfermedad frente a hipercalcemia en paciente adulto mayor y orientar el estudio según niveles de PTH. En cuanto al tratamiento, este consiste en manejo sintomático y bisfosfonatos.



## TL 121 - SCHWANNOMA, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN MASA CERVICAL EN ESTUDIO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Gómez, Evelyn<sup>1</sup>; Arjona, Rodolfo<sup>2</sup>; Rehbein, Pilar<sup>3</sup>. 1médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación, Cesfam Los Volcanes, Llanquihue. 2interno de medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago. 3interna de medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La masa cervical es un motivo de consulta frecuente. Los Schwannomas son tumores benignos de origen neuroectodérmico. Se dividen en dos tipos, los de origen lateral son aquellos que vienen desde el plexo braquial y los de origen medial son aquellos que provienen de los pares craneales y de la cadena simpática cervical. Son tumores de crecimiento lento y que aparecen generalmente entre la 4ta y 6ta década de la vida. El diagnóstico de sospecha es clínico radiológico y el diagnóstico confirmatorio es con estudio anatomopatológico. El tratamiento de elección es quirúrgico y raramente produce recidivas.

**CASO:** Paciente de sexo masculino de 53 años de edad con antecedente de accidente isquémico transitorio en el año 2010 en tratamiento con aspirina 100 mg al día, consulta el año 2016 en atención primaria por aumento de volumen cervical derecho de lenta progresión asociado a parestesias de la mano derecha.

Se deriva al paciente al hospital de referencia, donde es evaluado por neurocirujano. Al examen físico destacaba hallazgo a la palpación masa cervical lateral derecha, indolora de 2 por 2 cm y al examen neurológico sin alteraciones. Se solicita escáner de cuello que muestra proceso expansivo paravertebral derecho a la altura de C3 a C6 con extensión foraminal e intrarraquídea con aspecto de schwannoma. Se indica al paciente control clínico y con imágenes.

En el año 2019 consulta nuevamente por progresión del aumento e induración de masa cervical. Se realiza resonancia magnética que muestra schwannoma cervical dependiente de cuarta raíz con componente intrarraquídeo que desplaza a la médula. Se plantea resolución quirúrgica, donde se confirmó histopatológicamente el diagnóstico. Paciente no ha acudido a controles posterior al alta.

**DISCUSIÓN:** Como médicos generales es importante reconocer los signos de alarma y ampliar el abanico de posibilidades diagnósticas cuando uno se enfrenta a este tipo de pacientes. Es importante primero separar a los pacientes por grupo etario, evaluar antecedentes de riesgo, temporalidad del crecimiento de la masa cervical y síntomas asociados a éste y mantener el amplio diagnóstico diferencial de esta patología.



## TL 123 - PANCITOPENIA, UNA APROXIMACIÓN INICIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Gómez, Evelyn<sup>1</sup>; Arjona, Rodolfo<sup>2</sup>. 1médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación, Cesfam Los Volcanes, Llanquihue. 2interno de medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La pancitopenia se define como la presencia simultánea de anemia, leucopenia y plaquetopenia. Esta requiere estudio para identificar la enfermedad que la está originando. Las causas de pancitopenia pueden ser a nivel central (medular) o a nivel periférico. Algunas causas de origen central son la leucemia aguda, los síndromes mielodisplásicos, aplasia medular, entre otras. Las causas de origen periférico se dan por secuestro por hiperesplenismo o por destrucción debido a autoanticuerpos. Es importante tener un enfoque sistematizado y realizar la derivación oportuna a especialidad según los antecedentes del paciente y los hallazgos obtenidos al examen físico y en los exámenes de laboratorio.

**CASO:** Paciente de sexo femenino de 57 años de edad sin antecedentes mórbidos de relevancia acude a atención primaria debido a baja de peso no cuantificada durante el último año asociada a sudoración nocturna. Sin antecedentes quirúrgicos, niega antecedentes familiares de neoplasia o enfermedades de la esfera autoinmune, sin viajes recientes al extranjero. Respecto a sus antecedentes ginecoobstétricos había cursado con tres embarazos, un aborto a las 12 semanas y los otros dos embarazos llegaron a término, sin patologías durante estos mismos. Al interrogatorio refiere la baja de peso (en ficha clínica pesaba el año 2019 87 kilos, el año 2020 pesaba 67 kilos), asociado a sudoración nocturna. Niega polidipsia, polifagia o poliuria. Al examen físico no se palpan adenopatías y no presenta esplenomegalia, el resto del examen físico sin alteraciones. Se solicita hemograma, perfil bioquímico, función renal y glicemia en ayunas. Acude a control con los siguientes resultados: Hemoglobina de 11,2 gr/dl, Leucocitos  $2.7 \times 10^3$ /ul, Plaquetas  $67.0 \times 10^3$ /ul Segmentados 44,3% Linfocitos 41,6% Monocitos 10,5%, Creatinemia 3,11 mg/dl, Velocidad de filtración glomerular de 15,5 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, Electrolitos plasmáticos NA/K/CL 143.8 / 4.9 / 114 mEq/l, perfil lipídico colesterol total de 166 mg/dl, HDL 51 mg/dl, LDL 92 mg/dl, Triglicéridos 114 mg/dl. Debido a hallazgos se envía a paciente para estudio hospitalizada, lo cual la paciente prefiere estudiar de manera ambulatoria. Se solicita ecografía abdominal, anticuerpos antinucleares, complemento, virus hepatitis B, virus de inmunodeficiencia humana. Es evaluada posteriormente por especialidad en hospital de referencia, donde en contexto que cumplía criterios de laboratorio de Lupus, se diagnostica lupus eritematoso sistémico. Además, se empezó a ver con nefrólogo de manera particular, donde indica biopsia renal, que se encuentra pendiente a la fecha.

**DISCUSIÓN:** El lupus es una enfermedad que nos vamos a encontrar de igual manera frecuente. Es importante estar atentos tanto a sus manifestaciones clínicas como de laboratorio para poder realizar su diagnóstico de manera precoz, iniciar tratamiento con corticoides y realizar la derivación pertinente. Debemos saber bien los exámenes que se deben solicitar y agilizar la derivación a nivel secundario.



## TL 126 - SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN SUPRADESIVEL DEL ST COMO PRESENTACIÓN DE FÍSTULAS CORONARIAS

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Herrera, Matías<sup>1</sup>; Bontá, Camila<sup>1</sup>; Bergen, María José<sup>3</sup>; Caro, Alberto<sup>3</sup>; Brito, Valentina<sup>2</sup>; Hepp, Juan<sup>3</sup>; Jaramillo, Manuel<sup>3</sup>; Rodríguez Sofía<sup>3</sup>; <sup>1</sup>Médico Internista, Hospital Militar, Santiago, Chile; <sup>2</sup>Becada Medicina Interna, Universidad de los Andes, Santiago, Chile; <sup>3</sup>Interno de Medicina, 7mo año, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** En el Síndrome coronario agudo (SCA), el diagnóstico precoz de infarto agudo al miocardio (IAM) es importante para definir el tipo de intervención y pronóstico. Mediante coronariografía, se estima una incidencia de arterias coronarias sin enfermedad aterosclerótica demostrable entre 2,8-12% en IAM y 5-16% en SCA sin elevación del segmento ST1 (SEST). Algunos mecanismos son vasoespasmo, embolia coronaria, uso de cocaína y anomalías como estenosis y en menor porcentaje: fistulas de arterias coronarias. Estas tienen una incidencia menor al 1%, la mayoría son congénitas (90%) y únicas. Suelen ser asintomáticas en jóvenes, a menos que su magnitud comprometa la hemodinamia, donde síntomas como fatiga, disnea de esfuerzo, angina se describen principalmente en población mayor a 20 años. La angiografía, cateterismo y angiografía coronaria por tomografía computarizada (TC) son los métodos más utilizados para determinar el diagnóstico, manejo y prevenir complicaciones como hipertrofia ventricular, insuficiencia cardíaca, arritmias, ruptura de aneurismas asociados, entre otros. Presentamos un caso de múltiples fistulas como hallazgo frente a un SCA.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 64 años sin antecedentes médicos relevantes, acude por cuadro de dolor precordial opresivo en relación al esfuerzo, irradiado a cuello y brazo izquierdo, con EVA 9/10, sin otros síntomas asociados. Refiere episodios similares con anterioridad. Al ingreso, destaca en el Electrocardiograma (ECG): bradicardia sinusal, leve infradesnivel de PR, bloqueo incompleto de rama derecha, elevación punto J en pared inferior y septal y discreta elevación de ST en pared inferior. Troponinas normales. AngioTAC sin tromboembolismo pulmonar ni otros hallazgos. En reevaluación cuatro horas después: troponinas en ascenso (2416 pg/ml), dolor torácico EVA 1/10, sin cambios en ECG. Se diagnostica IAM SEST, Killip I, GRACE 99. Ecocardiograma evidencia ventrículo izquierdo de tamaño normal con buena función sistólica global y segmentaria, fracción de eyección ventrículo izquierdo 64%, válvulas y cavidades derechas normales. Se realiza angiografía que muestra: arteria descendente anterior desde donde se origina fístula coronaria de gran tamaño y flujo normal, que comunica con arterias coronaria derecha y pulmonar. Además, arteria coronaria derecha de escaso desarrollo con una pequeña fístula de la arteria del cono, aparentemente a aurícula derecha. Se maneja con betabloqueo, antiagregantes, anticoagulación y estatinas. Tras mejoría clínica, se da de alta para completar estudio con AngioTC Coronario y Resonancia Magnética Cardíaca. **DISCUSIÓN:** Las fistulas coronarias son una causa poco frecuente de SCA, la mayoría se presentan asintomáticos. Algunos autores intervienen a pacientes asintomáticos dado el riesgo de complicaciones. Los procedimientos como ligaduras quirúrgicas o cierre trascatéter, se realizan en su mayoría a fistulas sintomáticas. Fistulas pequeñas suelen mantenerse en seguimiento. El pronóstico es bueno con una intervención temprana y requiere seguimiento a largo plazo por la posibilidad de recanalización, formación de trombos y calcificaciones.



## TL 129 - OSTEOMALACIA POR DÉFICIT DE VITAMINA D ASOCIADA A HIPOCALCEMIA SEVERA. UNA INUSUAL PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Carlos Medina 1 Antonio Zapata 2 Cindy Carvajal 1 Paula Cifuentes 1 ; 2Medico Endocrinólogo, hospital regional de Antofagasta. 1 becados de medicina interna, universidad de Antofagasta

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La osteomalacia es una enfermedad poco frecuente, generalmente debido a disminución en los niveles de calcio, fósforo y/o vitamina D. Esto causa alteraciones en la remineralización ósea, asociándose a dolores óseos, debilidad muscular y fracturas. Se presenta un caso de osteomalacia asociada a déficit de vitamina D e insuficiencia renal crónica, que se asoció a fracturas múltiples e hipocalcemia severa.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 49 años, con escasa exposición solar (antecedente de fobia social). Historia de fractura vertebral lumbar hace 10 años, con dolor crónico que le impide deambular. En relación a terapia kinésica notan aumento de volumen en pierna izquierda, por lo que es trasladada al servicio de urgencia y diagnostican fractura tibial izquierda. Es hospitalizada y manejada con inmovilización y analgesia.

Al ingreso, paciente con hipocalcemia severa 4,6 mg/dl, elevación de PTH 395 pg/ml y creatinemia de 1,46mg/dl, controles en días posteriores similares. Paciente evoluciona con compromiso de conciencia y tetania, se solicita evaluación por psiquiatría y endocrinología. Paciente se traslada a UTI, se toma muestra crítica de 25OH vitamina D 11 ng/ml, se inicia aporte de calcio intravenoso por bomba de infusión continua, con monitorización cardiaca y calcio/vitamina D oral (500mg/400UI) cada 6 horas. Cuadro es interpretado como osteomalacia, probablemente secundario a déficit de vitamina D, se inicia aporte empírico de calcitriol 0,5mg c/12 horas y carga oral de colecalciferol 50.000UI semanal por 8 semanas. Paciente evoluciona favorablemente, con mejoría de calcemias. Se realiza ecografía renal que informa que paciente es monorrena izquierda con riñón con signos de nefropatía médica. La Radiografía de pelvis, columna dorsal y lumbar muestra disminución de la densidad mineral ósea y fracturas en 3 vertebras dorsales y una lumbar, sin claros signos de fracturas de Looser. La TAC de columna confirma fracturas, se interconsulta por neurocirujano quien descarta inestabilidad de columna lumbar. El cintigrama óseo que mostró aumento difuso de la captación el radio trazador, con imágenes sugerentes de rasgos de fracturas en tercio proximal de fémures y tibias, no contemporáneas entre sí, fractura costal antigua y no visualización de siluetas renales sugerentes de fenómeno de superscan metabólico, por intensa fijación de trazador en los huesos y densitometría mineral ósea normal en columna lumbar y cadera, pero disminuida en radio(33%) 0,519 g/cm<sup>2</sup>, T-4,1; Z-4,1. Paciente es dada de alta para control ambulatorio.

**DISCUSIÓN:** El déficit de vitamina D es una de las principales causas de osteomalacia, que provoca hipocalcemia, evidenciado en la paciente por los antecedentes de deficiente exposición solar por fobia social y de las fracturas descritas, que fueron agravadas por hipocalcemia severa lo cual llevó a su hospitalización con signos neurológicos y tetania. Se relaciona el cuadro por los estudios realizados con el hallazgo de enfermedad renal crónica al ser monorrena congénita. El tratamiento indicado con calcio y calcitriol fue exitoso dado la correcta interpretación del diagnóstico en esta inusual presentación de la enfermedad.



## TL 131 - ENFERMEDAD HEPÁTICA INDUCIDA POR ESTEROIDES: DOS CASOS REPORTADOS EN NUESTRO CENTRO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Wiener, Alan<sup>1</sup>; Palma, Simón<sup>2</sup>; Ortiz, Felipe<sup>3</sup>; Irrázaval, Rodrigo<sup>4</sup>; Arcos, Mario<sup>5</sup>; Contreras Luis<sup>6</sup>.  
<sup>1</sup>becado de Medicina Interna, Universidad de los Andes. <sup>2</sup>médico General de Zona, Centro de Salud Familiar La Granja, Santiago. <sup>3</sup>Médico Internista, Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Santiago. <sup>4</sup>Médico Internista y Gastroenterólogo, Clínica Dávila y Hospital Militar de Santiago. <sup>5</sup>Médico Internista y Gastroenterólogo Clínica Dávila, Santiago. <sup>6</sup>Anatómo Patólogo Clínica Universidad de los Andes, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad hepática por anabólicos representa la causa más frecuente de la hepatotoxicidad por hierbas o suplementos nutricionales (conocida como HILI en inglés), siendo un subgrupo de las DILI (enfermedad hepática inducida por drogas en inglés). En Chile no existen datos a la fecha, sin embargo, el año 2015 se reportaron 5 casos en Latinoamérica de daño hepático inducido por anabólicos. Su reconocimiento precoz permite prevenir complicaciones.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO: CASO 1:** Paciente masculino de 40 años sin antecedentes mórbidos. Consultó en servicio de urgencia por 1 mes de evolución de ictericia que luego se asocia coluria y acolia. Refirió historia de uso de anabólicos (Nandrolona y Estanozolol). Al examen físico destacó la presencia de ictericia sin otros hallazgos relevantes. Dentro de los exámenes de laboratorio destacó bilirrubina total 29,4 mg/dL, bilirrubina directa 27,2 mg/dL, fosfatasas alcalinas 218 UI/L, GOT 51 UI/L, GPT 51 UI/L y GGT 52 UI/L. El estudio etiológico fue negativo al igual que colangiografía y estudio ecográfico.

Biopsia hepática mostró moderada colestasia intralobulillar e infiltrado linfocitario leve en espacios porta, compatible con toxicidad por fármacos.

**CASO 2:** Paciente masculino de 32 años, sin antecedentes médicos de relevancia. Acude a servicio de urgencia por cuadro de 5 días de evolución de prurito generalizado Asociado a ictericia. Refirió uso de Estanozolol y Nandrolona en el último mes. Al examen físico destaca la presencia de ictericia y hepatomegalia a la palpación abdominal, sin otros hallazgos relevantes. Dentro de los exámenes de laboratorio destacó bilirrubina total 8,9 mg/dL, bilirrubina directa 7,6 mg/dL, fosfatasas alcalinas 71 UI/L, GOT 87 UI/L, GPT 255 UI/L, GGT 154 UI/L, el estudio etiológico fue negativo Ecografía abdominal y Colangiografía mostraron hepatomegalia, sin signos de obstrucción. Biopsia hepática mostró colestasia intralobulillar marcada con presencia de aislados trombos biliares.

**DISCUSIÓN:** Las DILI representan un 1% de los pacientes hospitalizados por ictericia. Su presentación clínica es variable: desde asintomático, asociado a ictericia con pruebas hepáticas alteradas, hasta falla hepática fulminante. Se han descrito tres patrones: colestásico, mixto y hepatocelular, donde este último es el que se correlaciona con mayor grado de inflamación, necrosis y apoptosis en la histología, además de ser el más frecuente junto con el patrón mixto. El patrón colestásico representa mayor riesgo de compromiso renal, severidad del cuadro clínico y progresión a daño hepático crónico.

En su estudio, deben indagarse causas alternativas, además de realizar por lo menos una imagen para descartar daño focal y obstrucción biliar.

La biopsia se reserva para casos atípicos, sospecha de etiología autoinmune o de progresión a fibrosis hepática. Lo más frecuente es identificar colestasia pura intralobulillar.

Según la escala de la CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences) puntuaron 8 y 7 respectivamente. (Para ambos casos es "probable" que la hepatotoxicidad esté relacionada a la droga).



## TL 132 - SÍNDROME DE TAKOTSUBO ASOCIADO AL USO DE EPINEFRINA. REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Crisóstomo, Ignacio (1); Melo, Wilfran(1); Portillo, María E(1); Cerra, Carlos(1); Crovetto, Francesca(2); Gamboa, Sofía(3); 1médico Cirujano. Becado(a) Medicina Interna, Universidad Mayor, Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda;2Médico Internista. Becaria Cardiología Universidad de Chile, Hospital del Salvador;3Interna de Medicina, Universidad de los Andes.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Takotsubo o Cardiomiopatía por estrés es una patología infrecuente, asociada a una sobrecarga catecolaminérgica en individuos predispuestos, por estrés emocional o físico. Se caracteriza por una disfunción sistólica con patrones específicos, con cambios electrocardiográficos y elevación de marcadores enzimáticos miocárdicos, en ausencia de lesiones significativas en coronariografía. Se describe a continuación un Síndrome de Takotsubo secundario al uso de adrenalina.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 59 años con antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, consultó en servicio de urgencias por cuadro de compromiso cuantitativo de conciencia. Ingresó en malas condiciones generales, presión arterial 190/133 mmHg, frecuencia cardíaca 150 regular, GCS 7/15, mal perfundida, livideces extensas, por lo que se decidió intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica invasiva. Laboratorio de ingreso destacó acidosis mixta severa pH 6.9, PO<sub>2</sub> 53 mmHg, PCO<sub>2</sub> 79 mmHg, HCO<sub>3</sub> 12 mEq/L, BE-16, Lactato 132 mg/dL, Troponina I 0.035 ng/mL. CK total 205 U/L, CK-MB 1.5 ng/mL, glucosa 222, LDH 340. Electrocardiograma (ECG) sin signos de isquemia. Paciente evolucionó tórpidamente, persistiendo hipotensa, por lo que se decidió inicio de epinefrina en bomba de infusión continua (BIC) a 0.3 mcg/kg/min. Al día siguiente del ingreso, se solicitó (ECG) de control, que mostró ritmo sinusal con cambios isquémicos con inversión de Onda T en precordiales V3 a V6. Control de Troponina I 11.313ng/mL. En contexto de Síndrome Coronario Agudo sin supradesnivel ST y sospecha de shock cardiogénico, se derivó a hemodinamia, donde se realizó coronariografía (17/07), que informó ausencia de lesiones coronarias significativas y patrón de Síndrome de Takotsubo en la ventriculografía. Tras este procedimiento, fue referida nuevamente a hospital de ingreso, donde ingresó a UCI, para manejo de shock distributivo y síndrome de Takotsubo. En UCI se suspendió epinefrina por recuperación espontánea de compromiso hemodinámico. Se logró extubación el 19/07, con destete a ventilación mecánica no invasiva, con posterior paso a oxigenoterapia de bajo flujo a 4 L/minuto. En contexto de buena evolución se trasladó a sala el 20/07. En sala de medicina, se inició titulación con beta bloqueadores, se descartó Tromboembolismo Pulmonar con angioTAC y se realizó ecocardiograma, que reportó fracción de eyección ventrículo izquierdo 65%, sin alteraciones de la motilidad segmentaria. La paciente evolucionó favorablemente, con regresión de cambio electrocardiográficos y disminución progresiva de troponinas. **DISCUSIÓN:** El Síndrome de Takotsubo forma parte del diagnóstico diferencial del MINOCA (por las siglas en inglés Myocardial Infarction with no Obstructive Coronary Arteries). La literatura describe que, a pesar de las características compartidas con el SCA, los pacientes con Síndrome de Takotsubo poseen mejor pronóstico a largo plazo, logrando recuperación de la función ventricular tras la resolución del factor estresor. El caso expuesto se condice con la literatura acerca de esta patología.



## TL 133 - EMBOLIZACIÓN DE SHUNT ESPLENORENAL COMO MANEJO DE ENCEFALOPATIA REFRACTARIA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** M. Arcos 1 - 5, S. Mansilla 2, D. Santelices 3, JC Bravo 4, R. Santelices 5, J. Piraud 5. 1Unidad de Cuidados Continuos Hepáticos Clínica Dávila, Santiago, 2 Interno Medicina Pontifica Universidad Católica, Santiago, 3 Alumna de Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago. 4Unidad de Radiología Intervencional Clínica Dávila, Santiago, 5 Servicio de Gastroenterología Clínica Dávila, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN** La encefalopatía hepática (EH) se define como las complicaciones neurológicas o neuropsiquiátricas causadas por insuficiencia hepática o shunt portosistémico, presenta un amplio espectro clínico desde la encefalopatía mínima hasta el coma. Sobre el 40% de los cirróticos desarrollan EH y su presencia está asociada a menor sobrevida, caídas, accidentes de tránsito, necesidad de hospitalización y riesgo de reingreso precoz (< 30 días). El tratamiento está orientado en disminuir los niveles de amonio, con el uso de disacáridos (lactulosa) y antibióticos (rifaximina) asociados al soporte nutricional y rehabilitación física evitando desnutrición y sarcopenia como factor de riesgo para su desarrollo. La presencia de shunt portosistémicos (SPS) es una situación frecuente en pacientes cirróticos siendo la recanalización de la vena umbilical y shunt esplenorrenal los más prevalentes. En pacientes con EH recurrente o persistente que no responden a terapia estándar y en los que se demuestra SPS se plantea su embolización como una alternativa terapéutica.

**HISTORIA CLÍNICA:** Hombre de 62 años, con resistencia insulínica y antecedentes familiares de cirrosis no alcohólica (madre y hermano). Evaluado en centro externo se diagnóstica cirrosis hepática en contexto de compromiso de conciencia y movimientos episódicos anormales de extremidades la cual se atribuye a encefalopatía hepática. Se indica lactulosa para lograr 2 – 3 deposiciones diarias, rifaximina 1200 mg al día y levetiracetam como manejo de encefalopatía y movimientos anormales. Pese a terapia presenta reiterados episodios de encefalopatía por lo cual consultan en nuestro centro. Evaluado por Neurólogo se observa vigil, pero desorientado, disartria leve y sin focalidad neurológica. Se solicita RNM Cerebro que no muestra lesiones y Electroencefalograma informado como compromiso encefálico difuso sin elementos comiciales. Laboratorio de ingreso destaca Amonemia 175 mmol/l, Hematocrito 41% Plaquetas 72.000 sin leucocitosis, función renal, electrolitos y calcemia normales. Tiempo de protrombina 65%, albúmina 3.48 gr/dl, salvo leve ascenso de transaminasa el perfil hepático es normal. Los resultados del estudio etiológico destacan marcadores virales, autoinmunes negativos. Cinética de fierro y ceruloplasmina levemente baja se solicita estudio genético para enfermedad de Wilson con resultado negativo. TAC abdomen pelvis que evidencia shunt esplenorrenal. Dada buena función hepática y fracaso a terapia habitual se decide realizar embolización de shunt sin presentar complicaciones mediatas. Se mantiene en observación evolucionando con progresiva disminución de encefalopatía, desaparición de movimientos anormales y alteración de la marcha. Actualmente se encuentra estable, logra re inserción laboral y sin episodios de encefalopatía. **CONCLUSIONES:** La EH es una complicación frecuente del daño hepático, su presencia determina morbimortalidad. En pacientes seleccionados que fracasan a terapia estándar y se demuestra SPS la embolización del shunt puede ser una herramienta terapéutica efectiva.



## TL 134 - TROMBOSIS DE SENO VENOSO COMO COMPLICACION DE COLITIS ULCEROSA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** M. Arcos 1, S. Mansilla 2 D. Santelices 3, R. Santelices 1 - 4, 4, J. Piraud 1. 1 servicio de Gastroenterología, Clínica Dávila, Santiago, 2Interno de Medicina Pontificia Universidad Católica, Santiago, 3 Alumna de Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago, 4 Unidad de Cuidados Continuos - Enfermedad Inflamatoria. Clínica Dávila, Santiago,

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La Colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad crónica que compromete la mucosa colorectal y de etiología multifactorial. Se desconoce la incidencia de CU en nuestro país, pero su diagnóstico aumenta progresivamente. En series internacionales se estima una incidencia de 3.8 casos por 100.000 habitantes. Como parte de la respuesta inflamatoria generalizada puede desarrollar un estado de hipercoagulabilidad aumentando los riesgos trombosis con un importante impacto en su morbimortalidad. En reportes nacionales se describen trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar (TEP) pero el compromiso intracerebral es muy infrecuente. La trombosis de vena cerebral y seno venoso es una complicación grave y que se puede presentar durante recaídas e incluso años después de la colectomía. El tratamiento anticoagulante debe ser monitorizado y mantenido por al menos 3 – 6 meses de no presentar otros factores de riesgo como hipercoagulabilidad primaria o antecedentes de eventos tromboticos.**HISTORIA CLÍNICA:** Hombre de 27 años, quien consulta por 2 semanas de diarrea sanguinolenta con frecuencia > 8 veces al día asociado a compromiso del estado general y baja de peso no cuantificada. Sin dolor abdominal ni fiebre. No refiere uso de antiinflamatorios o antibióticos. Sin antecedentes familiares o personales de trombosis. En forma ambulatoria se solicita colonoscopia que informa colitis ulcerativa extensa que se biopsia. Se hospitaliza para manejo. Exámenes de ingreso Hto 32.4%, glóbulos blancos 11.400, PCR 11.54 mg/dl, Creatinina 1.17mg/dl, albúmina 2.43 gr/dl. PCR Enteropatógenos (-), PCR CMV (-), HIV (-). Inicia esteroides endovenoso asociados a mesalazina oral y profilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM). Evolucionan con disminución progresiva de frecuencia en deposiciones y sangrado. Aproximadamente 72 horas luego de ingreso presenta cefalea hemisférica intensa y diplopía. RNM Cerebro informa trombosis de aspecto subagudo del seno transversal izquierdo y parte del sigmoides izquierdo sin otras alteraciones. Evaluado por Neurología se inicia anticoagulación luego de estudio de trombofilia. Evolucionan con desaparición de sintomatología neurológica y sin evidencias de sangrado. Luego del alta se mantiene en controles ambulatorios sin síntomas. Estudio de trombofilia es negativo por lo que se decide suspender anticoagulación a los 6 meses.

**CONCLUSIONES:** El estado de hipercoagulabilidad asociado a la enfermedad inflamatoria nos obliga al uso de anticoagulación en dosis profilácticas e identificar precozmente potenciales factores de riesgo asociados (antecedentes de trombosis, reposo prolongado). La trombosis de seno venoso es una complicación grave e incluso fatal de la colitis ulcerosa, la cual se debe sospechar en todo paciente que presenta cefalea o signos deficitarios neurológicos focales o difusos.



## TL 135 - HEPATITIS AGUDA COLESTÁSICA POR DISULFIRAM REPORTE DE CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Arcos, Mario 1 – 4 Mansilla, Sebastian 2 Santelices, Daniela 3, Santelices, Rolando 4, Piraud, Jacques 4; Unidad de Cuidados Continuos Hepáticos, Clínica Dávila, Santiago, 2 Interno de Medicina Pontificia Universidad Católica, Santiago, 3 Alumna de Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago, 4 Servicio de Gastroenterología Clínica Dávila, Santiago,

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El consumo excesivo de alcohol sigue siendo un problema relevante de salud pública, en los últimos años se observa un aumento importante del consumo entre adolescentes y adultos jóvenes; además es la principal causa de cirrosis en Chile. El disulfiram se ha usado por décadas como terapia para la dependencia de alcohol; al ser un potente inhibidor enzimático determina acumulación de acetaldehído el cual es responsable de la reacción aversiva frente a la ingesta de alcohol. En relación a su uso se describen alteraciones hepáticas las que pueden variar desde mínima elevación de transaminasas hasta falla hepática fulminante. Se desconoce el mecanismo de hepatotoxicidad pudiendo estar determinado por compromiso idiosincrático no dosis dependiente. Pese a que su capacidad de modificar la dependencia alcohólica a largo plazo es cuestionada sigue siendo uno de los fármacos principales en la terapia antialcohólica. **HISTORIA CLÍNICA:** Mujer de 46 años, hipertensa. Ingesta excesiva de alcohol por al menos 5 años, En intento previo de terapia con Disulfiram presentó cuadro colestásico que determina suspensión del fármaco y abandono de controles. Luego de sucesivas recaídas es evaluada por Siquiatra y se define reiniciar Disulfiram 500 mg/día con buena tolerancia inicial. A las 3 semanas presenta progresivo compromiso del estado general, ictericia y coluria. Sin dolor abdominal, afebril niega ingesta de alcohol y uso de otros fármacos hepatotóxicos, Exámenes iniciales destacan Bilirrubina total 10.4 mg/dl, bilirrubina directa 9.5 mg/dl, GOT 1600 UI/L, GPT 2693 UI/L, GGT 290 UI/L, Tiempo de protrombina 89%, Hematocrito 37.6% Rto. Blancos 8120 sin eosinófilos y Plaquetas normales. Se suspende disulfiram y se decide hospitalizar para estudio. RNM Abd sin elementos de daño hepático, hipertensión portal ni obstrucción de vía biliar. Serología autoinmune y marcadores de hepatitis B/C/E negativos. Se realiza biopsia hepática la cual es informada como hepatitis aguda con leves signos de cronicidad y colestasia. Se inicia Ac. Ursodeoxicólico (Urso) 750 mg/día como terapia del cuadro colestásico y se indica alta para controles ambulatorio. Luego de 3 meses normaliza pruebas hepáticas suspendiendo Urso. Actualmente en control regular por Siquiatría manteniendo abstinencia y normalidad de perfil hepático. Dado segundo evento colestásico asociado a Disulfiram ("rechallenge") se desaconseja su uso a posterior.

**CONCLUSIONES:** La eficacia a largo plazo del Disulfiram como terapia antialcohólica está sujeto a controversia. La hepatotoxicidad es frecuente y puede ser una complicación grave por lo que su uso requiere monitoreo regular de pruebas hepáticas.



## TL 136 - HEPATITIS AUTOINMUNE EN PACIENTE PORTADOR DE VIH: UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Arcos, Mario 1 - 4, Mansilla, Sebastian 2, Santelices, Daniela 3, Santelices, Rolando 4, Piraud, Jacques 4. 1unidad de Cuidados Continuos Hepáticos Clínica Dávila, Santiago, 2 Interno de Medicina Pontificia Universidad Católica, Santiago, 3 Alumna de Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago, 4 Servicio de Gastroenterología Clínica Dávila, Santiago

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad crónica y de progresivo compromiso inflamatorio del parénquima hepático. Su incidencia en Chile no está determinada y afecta principalmente a mujeres. Su diagnóstico se basa en la presencia de autoanticuerpos (Ac. Antinucleares, Anti musculo liso principalmente), hallazgos histológicos (hepatitis de interfase, infiltración linfoplasmocitaria y formación de rosetas) y el descarte de hepatitis virales (criterios diagnósticos simplificados). La presencia de alteraciones de las pruebas hepáticas es una situación frecuente en pacientes afectados por el VIH, representando una de las principales causas de morbimortalidad en la era de la terapia antirretroviral (TARV). Las causas más comunes se relacionan a esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), coinfecciones virales (Hepatitis B/C) y efectos adversos a TARV (Efarivenz principalmente). Existen escasos reportes de HAI en pacientes con VIH por lo que su diagnóstico rara vez es sospechado. Dada su baja prevalencia se desconoce si existe alguna relación con el síndrome de reconstitución inmune determinada por el inicio de TARV. No existen guías específicas para el tratamiento de la HAI en este escenario, pero la terapia estándar (corticoides con o sin azatioprina) es segura y con una rápida respuesta bioquímica.

**HISTORIA CLÍNICA:** Hombre de 32 años, en febrero del 2014 se diagnosticó VIH sin comorbilidades o coinfecciones. Evaluado por Infectología se inicia terapia con Atripla® (Efarivenz/emcitabina/tenofovir) e inmunizaciones (Vacuna hepatitis A/B – Neumococo – Influenza), evoluciona con buena tolerancia y progresivo aumento del recuento de linfocitos T CD4 y carga viral HIV (-). En control de exámenes, luego de 2 años de terapia; presenta bilirrubina total 1.5 mg/dl, transaminasas GOT 742 U/L y GPT 1290 U/L, gama glutamil transpeptidasa (GGT) 1588 U/L, por lo se deriva para evaluación. Se descarta uso de otros fármacos, alcohol o suplementos nutricionales o hierbas medicinales. Inicialmente impresiona como hepatitis secundaria a fármacos (DILI), estudios complementarios muestran ecografía abdominal normal, serología virus A, B y C negativas, ceruloplasmina y cinética de fierro normal, anticuerpo antinuclear (ANA) negativo, anticuerpo anti musculo liso (ASMA) positivo > 1/320, cuantificación de IgG 3360 mg/dl y Anticuerpo antimitocondrial (AMA M2) negativo. Se realiza biopsia hepática que informa hepatitis crónica con actividad de interfase y seudorosetas aisladas. Se inicia tratamiento con Azatioprina 75 mg/día y Prednisona en dosis decrecientes sin complicaciones y normalización de pruebas hepáticas.

**CONCLUSIONES:** Aunque la HAI es poco frecuente en pacientes con HIV, esta debe ser incluido en el diagnóstico diferencial de pacientes con alteraciones de pruebas hepáticas. Aunque no se describe un esquema terapéutico específico, la terapia inmunosupresora es segura y efectiva.



## TL 138 - SÍNDROME PLATIPNEA-ORTODESOXIA: PONIENDO A PRUEBA LA OBSERVACIÓN CLÍNICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Páez, Francisco (1); Martínez, Demian (2); Vilches, Mayline (3), Rojas, Javier (4). (1) Becado Medicina Interna, Universidad de Chile. (2) Interno Medicina, Universidad de Chile. (3) Interna Medicina, Universidad de Chile. (4) Médico Internista, Hospital San Juan de Dios, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome platipnea-ortodesoxia (SPO) es una entidad infrecuentemente reportada pero bien caracterizada, siendo la disnea e hipoxemia arterial en bipedestación su manifestación cardinal. Su principal etiología, de causa cardíaca, tiene excelente respuesta al tratamiento.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 69 años de edad, chileno, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 no insulino requiriente y colecistectomía en noviembre 2019. Ingresó en diciembre 2019 a Unidad de Paciente Crítico (UPC) por shock séptico de foco abdominal y falla ventilatoria severa que requirió ventilación mecánica invasiva (VMI). En UPC recibió manejo pertinente respecto a lo ventilatorio, hemodinámico, quirúrgico e infeccioso, destacando falla respiratoria persistente que requirió maniobras de reclutamiento, bloqueo neuromuscular y 6 ciclos de prono, presentando además tromboembolismo pulmonar segmentario del lóbulo superior derecho. Por desaturación marcada al movilizar en cama, se realizó angioTAC de tórax en búsqueda de shunt, sin hallazgos patológicos. Una vez consolidado weaning, se trasladó a Unidad de Tratamiento Intermedio donde inició rehabilitación kinésica, muy mal tolerada por desaturación, taquicardia y disnea en bipedestación. Se realizó ecocardiograma transtorácico (ETT) con burbujas, sin alteraciones. Dado cuadro compatible con SPO se discute nuevamente caso con broncopulmonar y cardiología, insistiendo en posible shunt intracardiaco. Se realizó nuevo ETT, en el cual resultó evidente paso de burbujas compatible con shunt. Ecocardiograma transesofágico fue sugerente de foramen oval permeable (FOP). Se estudió en hemodinamia donde se objetivó comunicación interauricular (CIA) de 16 mm, realizándose cierre con dispositivo Occlutech® de 18 mm. Paciente evolucionó con resolución inmediata de platipnea-ortodesoxia, tolerando la rehabilitación kinesiológica adecuadamente, con posterior alta en mayo de 2020.

**DISCUSIÓN:** El SPO se presenta en el contexto de un shunt anatómico o funcional de derecha a izquierda. Las causas intracardiacas son las más estudiadas por su elevada contribución etiológica porcentual, presentándose un defecto anatómico comúnmente a nivel atrial (CIA, aneurisma del tabique interatrial (ATIA) o, más frecuentemente, FOP). Además de la alteración septal, se requiere un elemento funcional o anatómico adicional para expresar las manifestaciones clínicas. Esto se asociaría finalmente a un desplazamiento del septo atrial, alterando la disposición del atrio derecho, el cual se alinea con la desembocadura de la vena cava inferior (condición que se acentúa en posición erecta), favoreciendo el shunt a través de la discontinuidad septal y los hallazgos de platipnea y ortodeoxia. Se evidencia en este caso la importancia de la observación clínica, principal herramienta diagnóstica en Medicina Interna, como pilar del estudio tanto en este como en otros casos complejos.



## TL 139 - NEFROPATÍA POR IGA SECUNDARIA A DHC, A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Rodríguez, José Miguel 1; Carrasco, F 2; Espinal, Catalina 2; Verdejo, Catalina 2;1 Becado de Medicina Interna, Universidad de Valparaíso, Chile;2 Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La nefropatía por IgA (IgAN) es una glomerulopatía caracterizada por depósitos de inmunocomplejos de IgA que producen daño glomerular. Corresponde a la causa más frecuente de glomerulonefritis primaria pudiendo evolucionar a enfermedad renal crónica terminal. La IgAN secundaria es menos frecuente, y se asocian a múltiples comorbilidades, como daño hepático crónico (DHC), infecciones virales y patologías autoinmunes.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente sexo femenino, 59 años, con antecedente de hipertensión arterial de larga data con tratamiento suspendido, esteatosis hepática y consumo crónico de alcohol. Consultó por edema periorbitario, abdominal y de extremidades inferiores de 1 mes de evolución, asociado a disnea paroxística nocturna, ortopnea, disnea y orina oscura espumosa de 1 año de evolución. La semana previa a la consulta presentó cuadro digestivo caracterizado por diarrea y vómitos biliosos. Al ingreso se encontraba hipertensa, y al examen físico presentaba telangiectasias faciales, edema de pared abdominal, hepatomegalia, ascitis grado II y edema extremidades inferiores. Dentro de exámenes de ingreso destacó anemia leve, trombocitopenia leve, creatinina de 1.76 mg/dL, nitrógeno ureico de 23 mg/dL, hiponatremia leve, hiperbilirrubinemia de predominio indirecto, GGT elevada y elevación leve de transaminasas. Ecografía abdominal compatible con cirrosis hepática asociada a hipertensión portal, y riñones de tamaño y espesor cortical conservados. En examen de orina se evidenció hematuria con proteinuria nefrótica (4.2 g/24hrs), por lo que se hospitalizó para estudio de síndrome nefrítico. Evolucionó con encefalopatía y edema pulmonar agudo (EPA), por lo que se trasladó a la unidad de paciente crítico. Se manejó con tratamiento depletivo, ventilación mecánica no invasiva, y tratamiento antihipertensivo, evolucionó de forma favorable, pero persistió deterioro de la función renal y presentó nuevo EPA. Estudio de laboratorio destacó IgA elevada, complemento C3 disminuido. Estudio etiológico de DHC orientó a causa alcohólica. Se realizó biopsia renal e inició manejo con corticoides, y evolucionó con disminución progresiva de valores de creatinina y mejoría clínica. Biopsia renal informó nefropatía por IgA asociada a patrón crecéntico mixto. Se agregó manejo con ciclofosfamida, y tratamiento del DHC. Evolucionó con resolución de edema, control adecuado de la presión arterial, mejoría de función renal y disminución de la proteinuria.

**DISCUSIÓN:** Las IgANs suelen restringirse al riñón, sin embargo, menor frecuencia, pueden asociarse a otras condiciones. Corresponden a IgANs secundarias aquellas que concurren con otra patología como cirrosis, enfermedad celíaca o VIH, ya que su coexistencia sugiere una potencial relación causal. El caso clínico presentado correspondería a una IgAN secundaria a DHC alcohólico, siendo esta la patología asociada más frecuente. La presentación clínica es variable, según la localización de los depósitos, y es frecuente que el diagnóstico sea tardío, incluso post-mortem. Por lo tanto, resulta importante la sospecha clínica en pacientes con deterioro de la función renal y DHC.



## TL 140 - PENFIGOIDE AMPOLLOSO, MANEJO MÉDICO DE PATOLOGÍA REFRACTARIA Y SUS COMPLICACIONES: A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** San Martín García, Carolina 1,2; Verdejo, Catalina 1; Carrasco, Felipe 1; Espinal, Catalina 1

1 Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile

2 Servicio de Medicina, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El penfigoide ampolloso (PA) es la enfermedad ampollar autoinmune más frecuente, afecta principalmente a adultos mayores y su incidencia ha ido en aumento en los últimos años. La primera línea de tratamiento consiste en corticoterapia tópica o sistémica.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 70 años, con antecedentes de PA, miastenia gravis, hipotiroidismo, asma, diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y cáncer de ovario operado. Consultó por aumento de disnea basal, taquipnea y uso de musculatura accesoria. Se hospitalizó para estudio en sala de medicina interna, donde se diagnosticó neumonía por virus parainfluenza, la cual fue manejada y evolucionó favorablemente. Al ingreso destacaron múltiples lesiones ampollasas tensas, con base eritematosa, Nikolsky negativo, en tronco, extremidades superiores e inferiores, cara y cuero cabelludo. Paciente refirió suspender prednisona dos semanas antes de consultar tras lo cual empeoró la clínica cutánea. Se reinició tratamiento con prednisona y curaciones avanzadas, sin embargo, PA evolucionó con progresión de las lesiones, por lo que se decidió agregar 2 g de Rituximab. Evolucionó con alteraciones hidroelectrolíticas a repetición, dolor severo que requirió manejo con opiáceos, sepsis de foco cutáneo, y anemia severa sintomática que requirió múltiples transfusiones. Además, presentó episodio de hemorragia digestiva alta, con hallazgo de úlcera duodenal reciente en endoscopia. Aproximadamente 5 semanas después de la segunda infusión de Rituximab, las lesiones cutáneas evolucionaron hacia la curación, por lo que se decidió disminuir progresivamente la dosis de prednisona y se inició clobetazol tópico y dapsona vía oral. De esta manera se logró el control de las lesiones cutáneas, y por tanto mejoría de las complicaciones asociadas.

**DISCUSIÓN:** El PA en su estado activo puede cursar con diferentes complicaciones que se traducen en un mayor riesgo de mortalidad. Las más frecuentes son las causas infecciosas y las reacciones adversas a los fármacos utilizados. Las infecciones más frecuentes son la sepsis de foco cutáneo, neumonía e infección del tracto urinario. Las complicaciones no se resolverán hasta lograr controlar el cuadro de base. Para lograr la remisión del PA y sus complicaciones existen distintos esquemas de tratamiento según su severidad, manejo que a menudo se realiza con el paciente hospitalizado. Mientras más severa es la enfermedad, la evidencia de los tratamientos de segunda línea es más limitada. En el caso de la paciente, el uso de Rituximab fue la alternativa que logró la inducción de la remisión del PA.

El PA a pesar de ser una patología dermatológica requiere un trabajo en conjunto entre dermatólogos y médicos internistas, para poder tratar adecuadamente sus complicaciones y la administración exitosa de fármacos de uso extraordinario.



## TL 141 - PIELONEFRITIS XANTUGRANULOMATOSA: COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LAS INFECCIONES DE TRACTO URINARIO, A PARTIR DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** San Martín García, Carolina 1,2; Carrasco, Felipe 1; Verdejo, Catalina 1; Espinal, Catalina1. (1) Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile. (2) Servicio de Medicina, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La pielonefritis xantugranulomatosa (PX) es una infección severa crónica del parénquima renal que provoca destrucción y fibrosis perirrenal. Se presenta con más frecuencia en pacientes diabéticos con litiasis renal. Su presentación clínica es inespecífica y variable, e incluye fiebre, dolor lumbar y/o abdominal, pérdida de peso y síntomas urinarios irritativos, entre otros.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente sexo femenino de 58 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica (ERC) en etapa IV, vejiga neurogénica, infección del tracto urinario (ITU) recurrente y litiasis renal bilateral. Consultó por cuadro de 4 días de evolución de compromiso del estado general, disuria, poliaquiuria, dolor lumbar derecho, sensación febril, vómitos y cefalea. Al examen físico destacó dolor abdominal difuso a la palpación y puño percusión positivo a derecha. Los exámenes de laboratorio mostraron anemia normocítica normocrómica, parámetros inflamatorios elevados, hiperglicemia acompañada de acidosis metabólica compensada, función renal alterada, sin conflicto hidroelectrolítico y un sedimento de orina inflamatorio. Al ingreso se inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona, que posteriormente fue modificado a ertapenem, según resultado de urocultivo, completándose 21 días de tratamiento. Se realizó ecografía renal que informó imágenes hipodensas parenquimatosas de 20-30 milímetros en ambos riñones y PieloTAC con hallazgos sugerentes de PX. Se decidió ofrecer a la paciente una nefrectomía total, ya que su ERC avanzó a Etapa V y de esta manera se lograría eliminar el foco de infecciones recurrentes. Se realizó una nefrectomía total bilateral, sin incidentes, cuya biopsia informó: examen macroscópico con alteración de la estructura corticomedular en ambos riñones y presencia de cavitaciones e infiltración adiposa severa del riñón derecho y examen microscópico compatible con PX. Se inició hemodiálisis trisemanal. Posterior a eso evolucionó en buenas condiciones generales, sin nuevas ITU.

**DISCUSIÓN:** La incidencia de la PX es menor al 1 % a nivel mundial. Existen varias hipótesis sobre la posible causa de PX. Las principales hipótesis apuntan a la presencia de litiasis renal, obstrucción del tracto urinario e infecciones recurrentes (a menudo causadas por *E. coli* y *Proteus spp*). Sin embargo, la causa exacta es desconocida. A pesar de que la PX es una complicación poco frecuente dentro de las infecciones de tracto urinario, es importante considerarla en pacientes diabéticos, con urolitiasis e infecciones de tracto urinario recurrentes. Dentro del estudio con imágenes, el principal diagnóstico diferencial es un tumor renal maligno; para ambos el diagnóstico y tratamiento definitivo requiere de nefrectomía del riñón afectado.



## TL 144 - CARACTERIZACIÓN DE DILATACIONES ENDOSCÓPICAS DIGESTIVAS ALTAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DESDE MARZO DEL 2016 HASTA JUNIO DEL 2020.

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Parra-Valencia Esteban<sup>1</sup>; Saavedra, Diego<sup>2</sup>; Tenelema, Yelka<sup>2</sup>; Acuña, Sara<sup>2</sup>; Guzmán, Carolina<sup>2</sup>; Marchant, Bárbara<sup>2</sup>; Madrid, Patricio<sup>2</sup>; Fuentes, Claudia<sup>2</sup>; Flores, Leslie<sup>2</sup>; San Martín, Diego<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna. Universidad de Concepción, Concepción Chile. <sup>2</sup>Estudiantes de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción Chile. <sup>3</sup>Gastroenterólogo Hospital Las Higueras de Talcahuano.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las dilataciones endoscópicas son procedimientos invasivos que permiten aumentar el diámetro del tubo digestivo en estrechamientos causados por patologías benignas y malignas. Se habla de dilatación eficaz cuando existe remisión completa y prolongada de la sintomatología obstructiva, permitiendo retomar una alimentación normal y mejorar la calidad de vida. Por otro lado, se considera dilatación ineficaz cuando no se consigue alcanzar un calibre suficiente de la luz estenosada. El objetivo de este estudio fue caracterizar las dilataciones endoscópicas digestivas altas en un hospital público.

**MÉTODO:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal donde se analizaron los datos de 44 pacientes sometidos a dilataciones endoscópicas del tracto digestivo alto entre marzo de 2016 hasta junio del 2020. Se tabularon las causas por las que se decidió realizar dilatación endoscópica y datos demográficos. Se utilizó medidas tendencia central para describir los datos, los que fueron analizados mediante SPSS®.

**RESULTADOS:** Se realizaron 120 procedimientos de dilatación endoscópica digestivas altas en 44 pacientes siendo 61,36% (n=27) hombres y 38,63% mujeres (n=17), con edad promedio de 65,09 años. El 50% (n=22) correspondieron a causas benignas, siendo en este grupo la causa más frecuente la estenosis esofágica con 18,18% (n=8). Por otro lado, el 41% (n=18) correspondieron a causas malignas, donde la causa más frecuente fue cáncer esofágico con 22,72% (n=10). Las patologías benignas requirieron un mayor número de intervenciones, representando el 67,5% (n=81) de total de procedimientos, a su vez las patologías esofágicas fueron la indicación más frecuente de dilatación endoscópica con un 47,5% (n=57). Asimismo, al analizar por separado causas benignas y malignas, se encontró que los hombres presentaron una edad menor v/s mujeres (62,7 v/s 68,8 años). Con relación al número de dilataciones la media fue de 2,73 por paciente con un rango de 1-14 dilataciones. La media de dilataciones fue mayor en mujeres (4,06 v/s 1,88, p=0,003). Además, se evidenció que en mujeres la causa benigna requirió en promedio 5,3 v/s 2,0 dilataciones necesarias en causas malignas (p=0,001). Finalmente, en hombres, la causa maligna requirió más dilataciones con una media de 1,86 v/s 2,09 en causa benigna.

**CONCLUSIONES:** Las dilataciones endoscópicas por causas esofágicas fueron las más frecuentes en esta serie, siendo similar a lo reportado en la literatura internacional. Se resalta, la gran frecuencia de dilataciones por causa benigna en mujeres lo que podría explicar la mayor edad promedio de este subgrupo. Finalmente, el número de intervenciones fue mayor en casos de causa benigna lo que si se asemeja a lo reportado en la literatura internacional.



## TL 146 - PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN ENTRE DISPEPSIA E INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN 24 MESES

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Melgarejo, Paula<sup>1</sup>; San Martín, Diego<sup>2</sup>, Fuentes, Martín<sup>3</sup>; Palacios, Eduardo<sup>3</sup>; Quezada, Paula<sup>3</sup> Ramírez, Joaquín<sup>3</sup>; Tolosa, Matías<sup>3</sup>; Carrasco, Matías<sup>3</sup>; Sabat, Rodrigo<sup>3</sup>; Huerta, Mitsuko<sup>3</sup>; <sup>1</sup>Residente de Medicina Interna, Universidad de Concepción. <sup>2</sup>Gastroenterólogo, Hospital Las Higueras, Talcahuano. <sup>3</sup>Estudiante Quinto Año, Universidad de Concepción

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia de infección por Helicobacter Pylori (HP) presenta a nivel mundial una amplia distribución que varía entre un 24.4% a un 79.5%<sup>1</sup>, mientras que en Chile fluctúa entre 60-79%. Se ha visto que la infección por HP es más frecuente en pacientes con dispepsia, sin embargo, la evidencia disponible para describir una asociación entre ellas es controversial, por lo que sigue siendo incierta. El objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre dispepsia y HP en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta (EDA).

**MÉTODO:** Estudio analítico transversal. La población de estudio fue de 1011 pacientes con test de ureasa (TU) realizado bajo EDA entre julio de 2018 y junio de 2020, con reporte de dispepsia presente o ausente en la ficha clínica. Se incluyeron datos demográficos como edad y sexo. Se realizó análisis bivariado, utilizando software estadístico SPSS

**RESULTADO:** La población estudiada tuvo una media de edad de 55,79 ± 16,71 años, con un rango de edad entre 8 y 94 años, siendo un 66,4% (n=671) mujeres. Se encontró una prevalencia de dispepsia del 37,1% (n=375) y de infección por HP del 40,35% (n=408). La coexistencia de infección por HP y dispepsia fue de 46,93% (n=176), mientras que en los pacientes que no reportaron dispepsia la prevalencia de infección por HP fue 36,47% (n=232). Además, se evidenció que los pacientes que presentan dispepsia tienen 1,54 veces más probabilidad de presentar infección por HP (OR=1,54; IC 95% de 1,18-1,99; p=0.001).

**CONCLUSIÓN:** Se pudo observar que la prevalencia de HP fue mayor en aquellos pacientes que reportaron dispepsia. Se encontró una relación débil entre la presencia de HP y dispepsia lo que implica es un síntoma poco orientador de infección por HP.



## TL 147 - MANIFESTACIONES CARDIOLÓGICAS COMO DEBUT DE ENFERMEDAD DE STILL: REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Fernández, Catalina<sup>1</sup>; Apará, Juan Carlos<sup>1</sup>; González, Sofía<sup>1</sup>; Gómez, Carlos<sup>1</sup>; Cerda, Joaquín<sup>2</sup>; Trejo, Cecilia<sup>3</sup>; <sup>1</sup>Becado Medicina Interna Universidad de Chile - Hospital San Juan de Dios; <sup>2</sup>Médico Internista, becado de Cardiología Hospital San Juan de Dios; <sup>3</sup>Médico Internista, Reumatóloga Hospital San Juan de Dios

### RESUMEN

La enfermedad de Still (ES) es una enfermedad inflamatoria poco frecuente con incidencia de aproximadamente 1/100.000 habitantes, de distribución similar en ambos géneros y un peak bimodal a los 20 y 40 años. Su etiología es aún desconocida, postulándose rol genético y desencadenantes infecciosos como componentes claves en la etiopatogenia. Clínicamente se caracteriza por fiebre, rash evanescente, faringitis y artralgias, en más del 70% de los pacientes. También puede tener manifestaciones musculoesqueléticas, hematológicas, gastrointestinales, neurológicas y cardiopulmonares. Dentro de estas últimas encontramos pericarditis, miocarditis y derrame pericárdico, descritas en un 24 – 30% de los casos. En hallazgos de laboratorio destaca anemia normocítica normocrómica, leucocitosis con neutrofilia, elevación de reactantes de fase aguda y ferritina plasmática sobre 1000 ug/l. El diagnóstico es difícil y de exclusión, debiéndose descartar infecciones, enfermedades del tejido conectivo y neoplasias. El tratamiento consiste en la administración de antiinflamatorios no esteroideos, glucocorticoides, drogas modificadoras de enfermedad como metrotexato y terapias biológicas tales como antagonistas de interleukina 1 o 6, según la gravedad.

Paciente masculino, 29 años, sin antecedentes mórbidos, con cuadro de 2 semanas de fiebre, odinofagia y compromiso del estado general, agregándose posteriormente dolor torácico tipo puntada que disminuye en posición mahometana. Al examen físico febril, taquicárdico y trismus. Electrocardiograma: ritmo sinusal, infradesnivel PR y elevación punto J de DI, DII, V4 a V6. Exámenes: elevación de parámetros inflamatorios, elevación enzimas cardíacas, hemocultivos y urocultivos negativos. Ingres a la unidad coronaria por sospecha de miopericarditis, se inicia tratamiento antibiótico empírico y se amplía estudio con serologías VIH, VHC, VHB, monotest hanta, PCR COVID y FLU, ASO y nuevo set de hemocultivos negativos. Ecocardiograma transtorácico sin alteraciones. Tomografía computada de cabeza, cuello, tórax, abdomen y pelvis con contraste: derrame pleural bilateral y pericárdico no evidente previamente. Sin respuesta a tratamiento, con deterioro clínico y estudio inicial negativo, se sospecha miocarditis de origen inflamatorio solicitándose ferritina que resulta en 7000 ug/l y estudio inmunológico que resulta negativo. Se inicia tratamiento con corticoides empíricos con buena respuesta y caída de ferritina 1792. Se adiciona metotrexato y es dado de alta con diagnóstico enfermedad de Still.

La ES es entidad clínica poco frecuente y representa un desafío diagnóstico, especialmente cuando debuta con manifestaciones clínicas inhabituales. Para lograr una unidad diagnóstica es clave un estudio ordenado y exhaustivo, con énfasis en la anamnesis, examen físico y estudio dirigido de las patologías más frecuentes. De los marcadores séricos específicos la ferritina sobre 1000 es la más relevante tomando en cuenta que además se eleva de forma inespecífica en enfermedades infecciosas e inflamatorias como reactante de fase aguda. Esto permite dirigir el estudio e iniciar tratamiento adecuado oportunamente, mejorando el pronóstico.



## TL 148 - NEFROPATÍA LÚPICA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Koch, Alan 1; Madrid, Salvador 2;1 Becado de medicina interna, Universidad de Chile;2 Médico internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad del tejido conectivo autoinmune que puede presentar múltiples manifestaciones clínicas, lo que la hace una enfermedad de compleja pesquisa y manejo. La nefropatía lúpica es complicación frecuente (>40%), representando una causa importante de morbimortalidad con una progresión a enfermedad renal crónica etapa V en un 10-30% de los pacientes a los 15 años del diagnóstico.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 24 años de nacionalidad colombiana, sin antecedentes mórbidos de relevancia, cursa con cuadro de dolor en región lumbar asociado a edema progresivo de miembros inferiores. Consulta en servicio de urgencia en donde se toman exámenes en donde destaca:

Orina completa: Proteína (+) Hemoglobina (+) Sedimento: Sin cilindros hemáticos Al interrogatorio dirigido niega xerostomía, xeroftalmia, úlceras bucales/nasales, alopecia, lesiones cutáneas, artralgias, baja de peso o fiebre. Ante cuadro sugerente de síndrome nefrótico se amplía estudio: Proteinuria de 24 horas: 31.28 grs. AngioTC tórax, abdomen y pelvis: TEP agudo en la arteria pulmonar derecha y ramas segmentarias basales izquierdas, derrame pleural laminar bilateral, trombosis segmentaria de vena cava a nivel renal con extensión a ambas arterias renales, asociado a nefritis bilateral, adenopatías retroperitoneales. Ecografía renal: Riñón derecho de 13 cm y riñón izquierdo de 14 cm en sus ejes longitudinales. El grosor parenquimatoso conservado y leve aumento de la ecogenicidad parenquimatosa. Se inicia anticoagulación. Se amplía estudio etiológico destacando: VIH (-) VHB (-) VHC (-) VDRL NR ANA: +1/640 moteado grueso Anti DNA (-) C3:80 C4:13, FR: 9.8 IgG:1032 IgM: 112.6 IgA:402 Electroforesis en sangre y orina: Sin peak monoclonal. Frotis: Plaquetas Normales; Eritrocitos de aspecto normales Rouleux +++; Neutrófilos hipogranulares. Perfil ENA: + SM (+) Estudio para SAF (-). Se optimizan medidas antiproteinúricas y se decide estudio histológico renal: Biopsia renal: Preinforme mostró patrón compatible con glomerulopatía membranosa secundaria. Ante la presencia de adenopatías cervicales se realiza biopsia que mostró hiperplasia folicular. Se plantea nefropatía lúpica tipo V. Se discute caso en reunión multidisciplinaria y se decide tratamiento con micofenolato + corticoterapia. Evolucionan favorablemente decidiéndose manejo ambulatorio.

**DISCUSIÓN:** La prevalencia del LES es mayor en mujeres que en hombres (9:1), siendo más frecuente y agresiva en población de raza negra afroamericana, latinoamericana y asiática. Generalmente las manifestaciones sistémicas anteceden al compromiso renal, pero no siempre es así, por esta razón se debe descartar como etiología de toda glomerulopatía membranosa. De la misma forma todo paciente con LES es candidato de biopsia renal en el caso que se pesquise daño renal: hematuria glomerular y/o cilindros hemáticos, proteinuria > 0,5 gr/ en 24 horas (o relación proteinuria creatinuria > 500 mg/g) o disminución de la velocidad de filtración glomerular sin causa aparente.



## TL 149 - NEUTROPENIA TRANSITORIA EN ENFERMEDAD COVID-19. REPORTE DE 2 CASOS

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Gonzalez, Francisco<sup>1</sup>, Apra, Juan Carlos<sup>1</sup>, Gonzalez, José Tomas<sup>2</sup>, Guidotti, Francesca<sup>2</sup>, Vega, Valeska<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios. <sup>2</sup>Medico Internista, Hospital San Juan de Dios. <sup>3</sup>Hematóloga, Hospital San Juan de Dios.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad por COVID-19 suele manifestarse como una infección del tracto respiratorio que puede evolucionar a enfermedad sistémica con afección cardiovascular, gastrointestinal, hematológica e inmune. Durante su curso se han descrito alteraciones en hemogramas en la etapa sintomática (día 7-14), principalmente linfopenia y menos frecuente trombocitopenia. Puede darse pancitopenia en contexto de síndrome hemofagocítico. La neutropenia es infrecuente, aunque existen reportes de casos como los presentados en este trabajo.

**CASO 1:** Mujer 24 años, sin antecedentes, derivada por anemia severa. Hace 1 año con hematuria. Refiere 5 meses de compromiso estado general, somnolencia y mareos. Sin baja de peso, sin sudoración, afebril. Al examen puño percusión izquierda, sin visceromegalias. Exámenes: Hb 4.9g/dl Hto 18% GB 3390/uL Plaquetas 427000/uL. Orina: GR>100, bacterias regular cantidad. Urocultivo (-), PCR-COVID(+). UroTAC: engrosamiento parietal vesical difuso, inflamatorio. Se trasfunde glóbulos rojos. Hb 6.9g/dl VCM 63 fL CHCM 29.6gr/dl GB 2670/uL RAN 854u/L RAL 1241/uL RAM 373/uL Plaquetas 385000/uL. Reticulocitos 0.2%, ferritina 2.6 ng/ml, ferremia 13.6 ug/ml, transferrina 328ug/ml con %sat 4.2%. Pruebas hepáticas normales, LDH 171 U/L, creatinina 0.45mg/dl. VIH(-) VHB(-) VHC(-) VDRL(-). Ac. Antitransglutaminasa (-). Endoscopia y estudio urológico diferidos por COVID. Se plantea neutropenia secundaria a infección viral y anemia ferropénica, conducta expectante. Evolucionan con neutrófilos al alza sin terapia específica. Sin sangrados. Se observa hasta día 8 de COVID-19 y se inicia hierro endovenoso. Al alta Hb 7,5g/dl RAN 1485/uL Plaquetas 333000/uL. En control al mes: Hb 11.4g/dl VCM 74fL CHCM 30.5gr/dl RAN 4092/uL RAM 477/uL Plaquetas 289000/uL. Reticulocitos 1.1%.

**CASO 2:** Mujer 68 años, antecedente de enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Derivada por disnea y dolor torácico con tope inspiratorio. Sin otros síntomas, afebril, sin baja de peso, sin sudoración. Sin visceromegalias. Exámenes: Hb 6.3 g/dl Hto 20% GB 9520/uL VCM 89fL CHCM 32.3gr/dl Plaquetas 248000/uL RAN 7520/uL RAL 1428/uL. Pruebas hepáticas normales. Ferritina 3300ng/ml. Creatinina 4.65mg/dl. PCR-COVID(+), VIH(-) VHB(-) VHC(-) VDRL(-). Se hospitaliza para oxigenoterapia. En día 15 de COVID: Hb 8.2g/dl GB 3510/uL RAN 280/uL RAL 2176/uL RAM 702/uL Plaquetas 248000/uL. En día 17 RAN 43/uL RAM 1218/uL, afebril. Previo a estudio medular, sin terapia específica en día 21 Hb 8,3g/dl RAN 1791/uL Plaquetas 247000/uL. Se descarta influencia de fármacos, se plantea neutropenia secundaria a infección viral. Al alta con hemodiálisis, sin nuevas citopenias.

**DISCUSIÓN:** Se han reportado citopenias en COVID-19, linfopenia lo más frecuente. Están descritos episodios de neutropenia transitoria en otras infecciones virales (VIH, VEB, VRS e influenza) iniciales con mejoría a los 3-8 días. En los 2 casos presentados existe asociación de anemia y neutropenia en contexto COVID-19. La mejoría espontánea de recuentos con ausencia de otras citopenias llevo a plantear la etiología viral como posible causa. La neutropenia severa requiere descartar falla medular con estudio dirigido.



## TL 151 - ARTRITIS GONOCÓCICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE MÚLTIPLES INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Brito, Valentina. (1), Bergen, María José (2), Caro, Alberto (2), Rodríguez, Sofía (2), San Martín, Tomás (2), Katz, Raúl (2), Sancho, Felipe (2), König, Virginia (2);

1) Residente del programa de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

2) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La artritis es un dolor de tipo inflamatorio, predominio nocturno, que mejora con la movilización y empeora con el reposo, asociado a rigidez matinal, inflamación y eritema. Oligoartritis corresponde a la afectación de 2-4 articulaciones.

Muchas veces es necesaria la artrocentesis y análisis de líquido sinovial para confirmar el diagnóstico.

La etiología de la artritis es diversa: infecciosa, reactiva, cristales, hemartrosis, neoplásico, enfermedades del tejido conectivo, osteoartritis.

La evaluación se realiza por historia, examen físico, imágenes (radiografía y ecografía) y punción del líquido.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente mujer de 23 años, sana, sin uso de drogas ni viajes recientes. Consulta por fiebre y artralgia asociada a impotencia funcional en codo derecho y pierna derecha, luego de rash cutáneo mano derecha. Ingresa afebril, con aumento de volumen y dolor a la movilización activa y pasiva en codo y rodilla. Exámenes: proteína C Reactiva 165, leucocitos 11900/mm<sup>3</sup> con 66% neutrófilos.

Se punciona rodilla derecha: líquido inflamatorio turbio con viscosidad aumentada. Leucocitos 31650/mm<sup>3</sup>, 67% polimorfonucleares, Tinción gram con diplococos gram negativos y se aísla Neisseria Gonorrea en cultivo agar Thayer Martin, betalactamasa negativa. Hemocultivos negativos. Se inició terapia antibiótica con ceftriaxona endovenosa asociado a azitromicina vía oral por coinfección con Ureaplasma sp. y Mycoplasma hominis en cultivo vaginal. Se agregó además metronidazol oral por Gardnerella vaginalis aislada en orina y torulado vaginal. El estudio ampliado de infecciones de transmisión sexual cuenta con serología Virus de inmunodeficiencia humana, Virus Hepatitis C y Sífilis negativos; antígeno de superficie Virus Hepatitis B negativo. Es dada de alta con terapia antibiótica oral ambulatoria con Amoxicilina y metronidazol por 7 días.

**DISCUSIÓN:** La infección gonocócica diseminada (DGI) ocurre en el 0.3-0.5% de los infectados por N. gonorrhoeae. DGI es una causa común de poli y oligoartritis aguda en pacientes jóvenes, se debe hacer el diagnóstico diferencial especialmente con una artritis séptica, dada la urgencia del cuadro. La proporción de casos de artritis séptica por N. gonorrhoeae es baja. La DGI suele manifestarse con tenosinovitis, dermatitis y poliartralgias. En algunos casos puede generar miopericarditis, meningitis y endocarditis.

El diagnóstico definitivo de infección gonocócica diseminada se realiza mediante la identificación de N. gonorrhoeae en muestra de sangre, líquido sinovial u otro sitio. El tratamiento es con ceftriaxona endovenosa por al menos 24-48 horas. Es importante hacer un estudio ampliado de infecciones de transmisión sexual, dada la probable coexistencia de algunas de estas. De no ser posible, iniciar tratamiento antibiótico empírico para cubrir otros gérmenes.



## TL 152 - ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE POR CRIOAGLUTININAS, A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Navarrete, Gabriel (1), Brito, Valentina (2), Camhi, Dana (2), Gaínza, Fernanda (2), Bergen, María José (3), Benítez, María Sofía (3), Caro, Alberto (3), Rodríguez, Sofía (3);(1)Médico Internista, Hospital Militar, Santiago, Chile;(2) Residente del Programa de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile;(3) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La anemia hemolítica autoinmune (AHAI) es una enfermedad poco frecuente, de presentación heterogénea, causada por anticuerpos (Ac) contra antígenos de superficie de los eritrocitos. Incidencia de 1-3/100.000 habitantes al año. Se clasifica en AHAI por Ac calientes (80-90%), y por Ac fríos y mixtos (20-10%). La mitad de las veces hay causa conocida, siendo las principales: síndromes linfoproliferativos, mesenquimopatías, infecciones y fármacos. El tratamiento en AHAI por Ac calientes es con corticoides. En la AHAI por Ac fríos hay escasa respuesta a éstos, y la reaparición de la anemia hemolítica es frecuente. En la AHAI por Ac fríos, predominan 2 entidades: hemoglobinuria paroxística a frigore y hemólisis por crioaglutininas. La primera, suele curar espontáneamente, mientras la segunda tiene una evolución tórpida, con manejo complejo.

**PRESENTACIÓN CASO:** Hombre, 36 años, hipotiroidismo. Cuadro de 2 meses de compromiso del estado general progresivo, fatigabilidad y episodios de lipotimia. En las últimas dos semanas, baja de peso, ictericia y coluria. Exámenes destaca Hemograma: hemoglobina (Hb) 4.7 mg/dL, hematocrito (Hto) 10.2%, VCM 130, CHCM 46.1, VHS > 140. Frotis con anisocitosis, anisocromía, hipocromía, macrocitosis marcada, policromasia. Índice reticulocitos 2.49, Haptoglobina < 10 mg/dL. Hiperbilirrubinemia predominio indirecto (3.56), LDH 424 U/L. Creatinina 0.77 mg/dL. Coombs directo e indirecto positivo.

Se plantea diagnóstico de AHAI y se complementa estudio con serología VIH, VHC, VHB, Mycoplasma pneumoniae y VDRL negativos. ANA y Anti DNA negativos. Ac anti factor intrínseco y anti células parietales positivos. Complemento, IgA, IgG normales. IgM 42 (disminuida). Electroforesis de proteína en sangre normal. Se pesquisan crioaglutininas y autoanticuerpo anti-Jka. Se diagnostica AHAI por Ac fríos y se trata con Metilprednisolona en dosis alta, con regular respuesta. Se inicia Rituximab, con buena respuesta. Hemoglobina del alta: 9.4 Hcto: 28.6%. Consulta 14 días luego del tratamiento por reaparición de síntomas. Exámenes: Hb: 4.8 mg/dL, Hcto: 12%. Se indica metilprednisolona, ciclofosfamida y gammaglobulina, con buena respuesta. Se plantea inmunodeficiencia común variable (IDCV), debido a ambiente autoinmune (Hashimoto, anemia perniciosa, AHAI) y niveles bajos de Ac. Aún no se constituye el diagnóstico, por IgG en rangos normales, pero es planteable que el cuadro se instale como tal en un futuro.

**DISCUSIÓN:** Las crioaglutininas con capacidad hemolítica se asocian a causas como Mycoplasma, Epstein Barr o Citomegalovirus; síndromes linfoproliferativos, enfermedades tumorales, autoinmunes o inmunodeficiencias. Los corticoides resultan ineficaces. El anticuerpo monoclonal anti-CD20 controla la hemólisis en más del 50% de los casos. Si la respuesta al tratamiento mencionado es inadecuada, como en el caso presentado, deben buscarse otras causas, como una IDCV, dado que las enfermedades autoinmunes están presentes en el 20-30% y pueden ser la única manifestación de ésta. Las más frecuentes son púrpura trombocitopénica autoinmune y AHAI con una prevalencia de 5-8%, pero se han reportado hasta de 50%.



## TL 153 - ¿ES LA HOSPITALIZACIÓN UNA OPORTUNIDAD PARA AUMENTAR LA COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS?

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Rüedi, Camila 1; Vega, Jesús 2; Farías, Nicole 1; Revello, Alejandro 3; Moya, Gonzalo 3; Sanchez, Francisca 3; Larraín, Sebastián 3; Cortés, Adán 3; Muñoz, Luis 3; Zegers, Trinidad 3;1Becado de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago;2Alumno Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago;3 Interno Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Al inicio del año 2000, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) declaró las vacunas como el número uno de los logros en salud pública del siglo 20. Dentro de las más relevantes estaría la vacuna antineumocócica; la que podría evitar miles de muertes anuales, en especial en población vulnerable como lo son los adultos mayores. Esta relevancia no se ha traducido en mejores tasas de vacunación. En Chile, a pesar de que existe una normativa ministerial que cubre esta vacuna en mayores de 65 años y que se han implementado diversas estrategias para aumentar la cobertura; al año 2016 esta fue de tan solo un 16,5% y a junio del 2020 la tasa es de un 10,5% a nivel nacional. Muy inferior al 90% de la meta del programa nacional. Dado lo anterior, la CDC ha recomendado dentro de las estrategias para ampliar la cobertura, la vacunación de pacientes hospitalizados. Sin embargo, desconocemos si esta intervención se realiza hoy en día en nuestros centros asistenciales. El objetivo de nuestro estudio es determinar el porcentaje de adultos mayores de 65 años hospitalizados por una patología aguda respiratoria que recibieron la vacuna antineumocócica durante su estadía hospitalaria y hasta los 30 días posteriores a su alta.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio observacional, corte transversal en pacientes mayores de 65 años que se hospitalizaron en las unidades de baja y mediana complejidad por una patología respiratoria, durante los meses de abril y junio del año 2020. Se revisaron sus estatus de vacunación en la plataforma del Registro Nacional de Inmunizaciones al momento del ingreso, egreso y a los 30 días del egreso. De esta forma se determinó estatus de vacunación basal y delta de vacunación al momento de ingreso y el egreso próximo. Resultados: Se incluyeron 296 pacientes hospitalizados entre de abril y junio del 2020. De estos, 201 habían recibido una vacuna antineumocócica antes de su ingreso (67,9%). De los 95 pacientes no vacunados, ninguno recibió la vacuna durante su estadía ni durante el mes posterior a su egreso hospitalario.

**CONCLUSIONES:** El porcentaje de pacientes hospitalizados en nuestro centro que cuentan con su vacunación para neumococo al día es más alta a la observada en la población. Sin embargo, sigue siendo una cifra muy por debajo de las metas deseadas. De los pacientes sin vacuna, en ninguno de ellos hubo una planificación para recibirla, a pesar de ser una de las estrategias sugeridas por organismos internacionales. Los datos obtenidos en nuestro hospital demuestran que la implementación de estrategias de vacunación en los servicios clínicos hospitalarios es una oportunidad relevante para aumentar la cobertura de vacunación en población de alto riesgo, y de esta forma colaborar en el logro de las metas ministeriales y contribuir en la reducción de la morbimortalidad por infecciones por neumococo.



## TL 155 - NEUMOMEDIASTINO SECUNDARIO A NEUMONÍA POR CORONAVIRUS TIPO 2, A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** David Acuña<sup>1</sup>; Jorge Andrade<sup>2</sup>; Lucas Domínguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> médico urgenciólogo, hospital clínico Universidad Católica, Santiago.

<sup>2</sup> interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La infección por coronavirus tipo 2, en nuestro país y en el mundo ha sido muy prevalente en el transcurso de este año. Actualmente se conocen diversas formas de presentación, siendo las leves las más típicas de ver, que se manifiestan principalmente con tos seca, fiebre, mialgias, entre otros síntomas. Sin embargo, existen manifestaciones severas relacionadas a esta infección que pueden derivar en complicaciones cardiovasculares, dermatológicas y particularmente aquellas relacionadas al sistema respiratorio, tales como el distress respiratorio agudo, neumotórax o neumomediastino, siendo esta última la más infrecuente. Fisiopatológicamente, el desarrollo de neumomediastino depende de un desbalance de presiones entre la cavidad alveolar y el intersticio, lo que puede llevarse a cabo en pacientes con infecciones por coronavirus tipo 2, principalmente asociado a la tos severa que presentan estos pacientes. Clínicamente lo debemos sospechar ante un cuadro de dolor torácico retroesternal, generalmente acompañado de disnea y otros síntomas como accesos de tos, además de dolor y aumento de volumen cervical. El examen físico suele ser inespecífico, pero podemos encontrar signos de enfisema subcutáneo y cruídos sincrónicos a los latidos cardíacos, conocido como signo de Hamman. Su diagnóstico se confirma con una imagen compatible, ya sea en radiografía de tórax o en tomografía computada, siendo esta última la imagen de elección, ya que además permite determinar la extensión del neumomediastino de forma más exacta.

**CASO CLÍNICO:** Se presenta el caso de un paciente de 44 años sin antecedentes mórbidos, que en su décimo día de infección por coronavirus tipo 2 debuta con un cuadro de incremento en la tos, disnea moderada, enfisema subcutáneo y edema facial. Se describe al ingreso en la urgencia como taquicárdico y desaturando hasta 72% ambiental, por lo que se conecta a mascarilla de no recirculación con 15 L de O<sub>2</sub> y se indican pulsos de Metilprednisolona con buena respuesta, logrando recuperar la saturación hasta 94%. Dentro del estudio se solicitan exámenes de laboratorio e imágenes, en donde destaca la presencia de signos radiográficos compatibles con un extenso neumomediastino, por lo que se decide hospitalizar en UCI, en donde evoluciona con algunas interurrencias, siendo la más destacada la ocurrida al séptimo día de hospitalización, en donde desarrolla un neumotórax izquierdo que requiere la instalación de un tubo pleural por 10 días. Finalmente evoluciona de forma favorable, logrando el alta con seguimiento ambulatorio con medicina interna.

**DISCUSIÓN:** Si bien la mayor parte de los casos de neumomediastino reportados son secundarios a barotrauma, hay que destacar que existen casos mundiales reportados asociados a coronavirus tipo 2, lo cual se cree que tiene asociación con el daño alveolar directo que produce la infección por coronavirus, facilitado por la tos excesiva asociada al cuadro clínico clásico de esta infección. Si bien, el neumomediastino no es una complicación clásica asociada al nuevo coronavirus, hay que tenerla presente dado el elevado riesgo que esta conlleva y la necesidad de implementar una terapia de soporte precoz.



## TL 156 - SÍNDROME DE TAKOTSUBO EN UNA PACIENTE CON SOSPECHA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO; REPORTE DE CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Opazo, Cristhofer A1; Morales, Álvaro J2; Elsaca, Enrique2; Calletti, María J2; Pérez, Sebastián C2; Mella, Antonia A2; Navarro, Renato I2; Mellado, Gonzalo2. 1Médico especialista en Medicina de Urgencias, Hospital Dr Sótero del Río, Santiago. 2Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Takotsubo (STT) es un diagnóstico diferencial del síndrome coronario agudo (SCA). Se ha descrito en el 2-3% de los pacientes con sospecha de SCA. La etiología es desconocida, pero estaría relacionada a un evento estresante. Se presenta un caso de sospecha de SCA en que se diagnosticó un STT.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer, 73 años, hipertensa y uso crónico de alprazolam. Consultó por cuadro de 72 horas de epigastralgia irradiada a dorso, dolor torácico, síntomas neurovegetativos y disnea. Ingresó normotensa, taquicárdica, afebril, ansiosa, sin requerimientos de oxígeno. Al examen: disnea al hablar, abdomen sensible a la palpación sin signos de irritación peritoneal; sin otros hallazgos. El electrocardiograma mostraba complejos RS y supradesnivel del segmento ST en D1 y aVL, ondas T invertidas en pared anteroseptal extensas e intervalo QT en 581 ms. Al laboratorio: ácido láctico en 3.6 mmol/L, creatinina en 1,4 mg/dL; nitrógeno ureico sanguíneo en 24 mg/dL; troponina I ultrasensible en 420 pg/mL (a las 5 horas en 705,5 pg/mL); leucocitos en 3568000/uL; hemoglobina en 17,4 g/dL; plaquetas en 598000/uL; gases venosos: pH 7,30; CO2 en 41,1 mm/Hg; bicarbonato en 20 mEq/L; sodio en 109 mEq/L; potasio en 4,02 mEq/L; resto normal. La coronariografía no demostró enfermedad coronaria. Angio TAC de abdomen y pelvis sin alteraciones. El ecocardiograma transtorácico destacó contractilidad cardíaca global disminuida, disfunción ventricular izquierda y akinesia en segmentos medio, apical y en el ápex cardíaco. Refirió haber estado pasando por un momento muy estresante. Se diagnosticó un STT y se manejó con aspirina, bisoprolol, atorvastatina, enalapril, anticoagulación, opioides y se inició alprazolam. Evolucionó favorablemente y ecocardiograma de control con reversión de las alteraciones.

**DISCUSIÓN:** En la presentación clásica del STT se encuentran troponinas cardíacas elevadas con estudio coronariográfico sin enfermedad coronaria significativa. El hallazgo más común al electrocardiograma es la prolongación del intervalo QT y puede poseer supradesnivel del ST al inicio e inversión profunda de ondas T difusas cercano a la resolución. El ecocardiograma muestra alteraciones en la motilidad medio apical del ventrículo izquierdo con recuperación en días a semanas. En este caso la paciente ingresó con troponinas cardíacas elevadas, el electrocardiograma y el ecocardiograma transtorácico demostraron cambios clásicos junto con un ecocardiograma posterior que demostró resolución. El tratamiento del STT no está definido, existe beneficio del uso de antiplaquetarios e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), la utilidad de beta bloqueadores y de estatinas es dudosa; expertos sugieren anticoagulación profiláctica en agudo. En este caso se utilizó alprazolam, estatinas, antiplaquetarios y bisoprolol con buena respuesta.



## TL 157 - VASCULITIS COMO PRESENTACIÓN DE SINDROME LINFOPROLIFERATIVO: LA RELEVANCIA DE REALIZAR UN ESTUDIO COMPLETO EN LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Sofía González C.1, Catalina Fernández P.1, Francesca Guidotti C.2, José Tomás González G.2, 1 Becada Medicina Interna Universidad de Chile 2 Internistas sección hematología Hospital San Juan de Dios

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los síndromes paraneoplásicos son manifestaciones no relacionadas directamente a la infiltración por un tumor, pero que surgen como consecuencia de él. En mesenquimopatías, la disregulación inmune y las terapias inmunosupresoras favorecen el desarrollo de neoplasias. Están descritas asociaciones específicas entre el fenómeno inmunológico y la neoplasia: Vasculitis necrotizante sistémica y leucemia; poliarteritis nodosa en relación a tumores sólidos, neoplasias linfoides y mielodisplasias. Las vasculitis ANCA (+) y leucocitoclástica se caracterizan por inflamación de vasos sanguíneos de pequeño calibre; en su mayoría son idiopáticas, pero en un 20% pueden ser secundarias a fármacos, 20% a procesos infecciosos y entre 1-2% a neoplasias, principalmente hematológicas.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 40 años, hipertenso en tratamiento, obeso. En el 2019 nota aparición de masas cervicales e inguinales de crecimiento progresivo. Además, con coriza persistente, se diagnostica rinitis alérgica. Es derivado a hematología por sospecha de síndrome linfoproliferativo. Al examen destacan adenopatías cervicales e inguinales hasta 2,5cm y púrpura palpable en extremidades inferiores. Hb 10.8g/dl GB 26150/uL RAN 2515/uL RAL 22227/uL RAM 783/uL Plaquetas 107000/uL VHS 137. En el frotis linfocitos maduros y sombras de Gumprecht. Creatinina 1,28g/dl, orina con hematuria y 15% de dismorfia, sin proteinuria. LDH 208U/L, pruebas hepáticas normales. TP 87% TTPA 27seg. VIH, VHB, VHC, VDRL negativos. ANA (+) 1/160 patrón fibrilar filamentar, FR (+), ANCA-PR-3 31,3, ANCA-MPO (-), Complemento C3 normal y C4 bajo. Coombs directo (-). Electroforesis de Proteínas en suero: hipergammaglobulinemia policlonal, inmunofijación sin paraproteína. IgG 6923g/dl, IgA 1609g/dL, IgM 31g/dL. TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis: adenopatías intraparietales, submandibulares, cervicales, axilares y retropectorales. Destacan adenopatías en ligamento gastrohepático hasta 12 mm, retroperitoneales paraaórticas izquierdas hasta 15 mm e inguinales hasta 53x34 mm. Bazo de 19,8cm. Inmunofenotipo en sangre: 76% de linfocitos B patológicos, coexpresión CD5/CD19, CD20+, CD23+, CD200+, expresión débil de CD79b y FMC7. CL Kappa/Lambda (-), CD81 (-) CD38 (-). Score para leucemia linfática crónica (LLC): 4 puntos. Se interpretó como Leucemia Linfática Crónica (LLC) con vasculitis asociada. Biopsia de piel: vasculitis de tipo leucocitoclástica en vasos de pequeño calibre. Mutación IgVH (+), del17p(-). Se asumió vasculitis paraneoplásica y se inició quimioterapia FCR (fludarabina, ciclofosfamida y rituximab). Evolucionó con disminución de las adenopatías cervicales, mejoría de rinitis y lesiones cutáneas.

**DISCUSIÓN:** Es esencial realizar estudio de causas secundarias en patologías autoinmunes. Llegar al diagnóstico mediante la presentación clínica y anticuerpos es sólo la primera parte, dada su asociación a múltiples etiologías, entre ellas neoplasias. La LLC se asocia frecuentemente a fenómenos autoinmunes. Reconocer y tratar la enfermedad de base es clave para un desenlace óptimo.



## TL 158 - BARRERAS EN EL ACCESO A SALUD MENTAL DURANTE LA CARRERA DE MEDICINA EN CHILE: EXPERIENCIAS DE INTERNOS Y MÉDICOS RECIÉN EGRESADOS.

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Araya, Catalina<sup>1</sup>; catalán, Camila<sup>2</sup>; Flandes, Gabriela<sup>2</sup>; Cartes, Benjamín<sup>2</sup>; Bourgeois, Cristóbal<sup>2</sup>; Dierlamm, Nidia<sup>2</sup>; Tala, Álvaro<sup>3</sup>; <sup>1</sup>Médico General de Zona, CESFAM Padre Pierre Dubois, Pedro Aguirre Cerda, Santiago, Chile; <sup>2</sup>Interno/a Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile. <sup>3</sup>Médico Psiquiatra, Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile, Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La salud mental de los estudiantes de medicina ha sido ampliamente discutida en años recientes, reportándose una mayor prevalencia de depresión y ansiedad en este grupo que en la población general. Se ha descrito en la literatura internacional que los estudiantes suelen desistir de buscar ayuda a causa de las barreras de acceso a la salud mental que encuentran, siendo algunas de ellas idiosincrásicas de la educación médica. Dado que la identificación de estas barreras es necesaria para cualquier intervención futura al respecto, es importante generar información a nivel local. El objetivo de este trabajo es evaluar la percepción de barreras en el acceso a salud mental en internos y recién egresados de Medicina durante su carrera.

**MÉTODO:** Estudio de tipo transversal realizado en una muestra de 41 individuos, en el que se incluyeron internos de séptimo año (n=36) y médicos recién egresados (n=5) de la carrera de Medicina en una determinada universidad chilena, que fueron evaluados mediante una encuesta descriptiva de elaboración propia, consistente en preguntas cerradas y abiertas.

**RESULTADOS:** Del total de los encuestados (N=41), 87.8% refirió haber deseado consultar en salud mental, y el 61% ha consultado al menos 1 vez desde que ingresó a la carrera. Entre los que no consultaron (N=16), un 68% refiere haber tenido el deseo de hacerlo. Las principales razones expuestas para no consultar fueron falta de tiempo (36.4%), miedo a las repercusiones (18.2%) y falta de dinero (18.2%). Un 65% de los encuestados cree que la percepción que tienen los docentes acerca de sus competencias como futuros médicos se vería afectada de manera negativa si se enterasen de que acuden a salud mental. Entre las ideas más representadas se encuentran: Ser visto como alguien menos competente, ser visto como alguien vulnerable o débil y ser visto como alguien menos confiable/responsable.

**CONCLUSIÓN:** Los encuestados expresan la necesidad del acceso a salud mental, sin embargo, indican que las barreras a las que se enfrentan les impiden acudir y recibir atención en dichos servicios. Dentro de ellas, destaca la percepción de que requerir atención en salud mental sería interpretado como un signo de debilidad e incapacidad profesional por los docentes. Considerando esto, es relevante que las escuelas de medicina otorguen un lugar central a promover la salud



## TL 159 - TRANSFORMACIÓN CAVERNOMATOSA DE LA VENA PORTA SECUNDARIA A TROMBOSIS VENOSA PORTAL EN PACIENTE CON SÍNDROME MIELOPROLIFERATIVO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Lea, Rodrigo<sup>1</sup>; Díaz, Camila<sup>2</sup>; Lasen, Tomás<sup>2</sup>; Moya, Rafael<sup>2</sup>; Peña, Daniel<sup>2</sup>; Salas, Sylvia<sup>2</sup>; Sotomayor, Arturo<sup>2</sup>; Dierlamm, Nidia<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Universidad de Chile. <sup>2</sup>Interno de Medicina, Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La transformación cavernomatosa de la vena porta (TCVP) es una entidad infrecuente secundaria, principalmente, a trombosis venosa portal (TVP), que causa el desarrollo de abundantes vasos colaterales alrededor de la vena porta. La TCVP se presenta clínicamente con manifestaciones de hipertensión portal (HP) y trastornos hematológicos. Su etiopatogenia aún es desconocida.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipertensión portal con várices esofágicas, hemorragia digestiva alta (HDA) variceal hace 1 año, esplenomegalia y gastropatía crónica. Consulta por aumento de volumen de 10x10 cm en hipocondrio derecho de 2 semanas de evolución, sensible a la palpación y baja de peso de 12 kilos en los últimos 6 meses. Al ingreso se constata hipertensión arterial con resto de signos vitales sin alteraciones y al laboratorio destaca trombocitosis 1.279.000/mm<sup>3</sup>, anemia ferropénica leve, leucocitosis 24.970/mm<sup>3</sup> de predominio neutrofilico y pruebas de coagulación prolongadas. En estudio de imágenes se realiza Tomografía computada (TC) de abdomen que informa tumoración hipodensa de bordes difusos que ocupa espacio anterior derecho pararenal y que se extiende a hilio hepático, asociado a esplenomegalia y ascitis libre, descartando signos de daño hepático crónico. Angiografía abdominal por TC muestra TVP. Se complementa estudio con Resonancia Magnética Colangio-Pancreática (CRM) que informa TCVP secundaria a TVP crónica. Por sospecha de neoplasia mieloproliferativa se realiza estudio de mutación JAK2-V617F con resultado positivo y mielograma compatible con trombocitosis esencial. Se decide realizar prevención secundaria de HP mediante manejo endoscópico y betabloqueadores. Dado el alto riesgo hemorrágico, no se inicia anticoagulación.

**DISCUSIÓN:** Una de las etiologías extrahepáticas de HP sin cirrosis es la TVP. Su diagnóstico obliga a buscar causas de hipercoagulabilidad, destacando los trastornos mieloproliferativos asociados a mutación JAK2-V617F y neoplasias hepatobiliares. En el caso presentado se inició el estudio bajo sospecha de malignidad hepatobiliar, sin embargo, el hallazgo de TCVP en la CRM descartó esta hipótesis y obliga a considerar esta entidad dentro de los diagnósticos diferenciales de neoplasias locales.

La TCVP es una complicación infrecuente de la TVP y su manifestación clínica habitual es la HDA. Su diagnóstico se confirma mediante ecografía abdominal, ecografía doppler-color, angiografía por TC o angiorresonancia magnética. Su tratamiento se basa en el manejo sintomático de la HP y el uso de anticoagulantes, valorando el riesgo trombótico respecto al de hemorragias. Dado que la TCVP posee escasos reportes en población adulta, se requieren mayores estudios sobre el uso de estos fármacos y la posibilidad de realizar trasplante hepático, de modo de definir un algoritmo de manejo terapéutico para estos casos.



## TL 160 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MIOPATÍA EN PERSONA VIVIENDO CON VIH: A PROPÓSITO DE UN CASO

**AUTORES:** Lea, Rodrigo<sup>1</sup>; Lasen, Tomás<sup>2</sup>; Moya, Rafael<sup>2</sup>; Peña, Daniel<sup>2</sup>; Salas, Sylvia<sup>2</sup>; Sotomayor, Arturo<sup>2</sup>; Contreras, Pamela<sup>3</sup>; Zamorano, Darling<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Residente de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios. <sup>2</sup>Interno de Medicina, Universidad de Chile. <sup>3</sup>Interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica

**INTRODUCCIÓN:** Miopatía es la enfermedad muscular caracterizada por mialgias, sensibilidad y debilidad muscular que se asocia a elevación sérica de creatinquinasa (CK). Su prevalencia asciende hasta un tercio en pacientes viviendo con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), destacando dentro de sus causas: la seroconversión, terapia antirretroviral (TARV), coinfección por agentes oportunistas o hipovitaminosis D.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 60 años, viviendo con VIH hace 17 años, en TARV de rescate con Raltegravir, Darunavir y Etravirina hace 2 años, carga viral indetectable, CD4 192 cel/mm<sup>3</sup> y antecedente de daño hepático crónico (DHC). Presenta cuadro de 4 años de evolución caracterizado por diarrea líquida sin elementos patológicos, hasta 6 episodios al día, asociada a baja de peso de 20 kilos con apetito conservado. Posteriormente, se añaden polaquiuria, tenesmo vesical, hematuria persistente, dolor en parrilla costal y extremidades inferiores y trastorno de la marcha por debilidad proximal. Ingresa afebril, hemodinámicamente estable. Dentro del estudio de laboratorio destaca CK 1864 U/L, hipovitaminosis D severa, hipocalcemia, hipofosfatemia, paratohormona levemente elevada, hipoalbuminemia, hipokalemia, anemia ferropriva, calciuria y fosfaturia disminuida, fosfatasa alcalina elevada en forma aislada y hematuria macroscópica glomerular. Función renal normal. Tomografía computarizada (TC) de cerebro, cuello, tórax, abdomen y pelvis evidencia fracturas costales con retardo de consolidación, no metastásicas. Cintigrama óseo con lesiones en parrilla costal. Colonoscopia, urografía por TC y cistoscopia sin hallazgos compatibles con neoplasia. Se administra vitamina D y se sustituye Raltegravir por Norvir ante sospecha de rabdomiólisis secundaria. Evoluciona con disminución de dolor, CK 59 U/L y sin hematuria.

**DISCUSIÓN:** La hipovitaminosis D afecta principalmente la maduración de fibras musculares rápidas y la formación de tejido óseo mineralizado, generando osteomalacia y miopatía, expresado como dolor óseo y debilidad muscular proximal.

Existen 5 casos reportados hasta la fecha de rabdomiólisis por raltegravir, destacando factores de riesgo como ingesta alcohólica, miopatía previa por uso de antirretrovirales, ejercicio físico intenso, enfermedad renal, DHC o fármacos inductores de rabdomiólisis.

En pacientes viviendo con VIH se debe pesquisar hipovitaminosis D, ya que puede generar cambios irreversibles a nivel osteomuscular y de otros parénquimas a largo plazo, descartar factores de riesgo previo al tratamiento con raltegravir y medir CK ante sospecha de rabdomiólisis.



## TL 161 - EVALUACIÓN ECONÓMICA DE TIPO COSTO EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA GARANTÍA EXPLÍCITA DE SALUD (GES) PARA PACIENTES DE 55 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE RODILLA Y/ O CADERA VERSUS TERAPIA ALTERNATIVA, TRATADOS EN CESFAM DE LA COMUNA DE VICTORIA, DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2018.

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Mutel, Cheryl D 1; Velásquez, Mónica 2. 1becada de Medicina Interna, Mg en Epidemiología Clínica. Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera. Temuco. 2 fonoaudióloga, Mg en Epidemiología Clínica, Dep. Especialidades médicas CIGES. Universidad de la Frontera. Temuco

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La artrosis es la enfermedad articular más común, representando una enorme carga para la salud pública en términos de costos, discapacidad, pérdidas de ingresos y disminución de la calidad de vida de quienes la padecen. Con un impacto en el presupuesto público se observa que el gasto farmacéutico para artrosis contribuye a un aumento del costo de los recursos sanitarios de la atención primaria; por lo tanto, la optimización de éstos es una preocupación constante para cualquier sistema de salud y Chile no está exento de esa responsabilidad, de modo que en se incluye como parte de las garantías Explícita en Salud (GES) a partir del año 2009. Sin nuevas revisiones y con la finalidad de contribuir a una visión actualizada surge la necesidad de realizar esta investigación, la cual permite comparar fármacos garantizados por GES, con alternativas terapéuticas dadas por Condroitín y Glucosamín sulfato, a través de una evaluación económica de costo efectividad contribuyendo así con una herramienta actual para la toma de decisiones en el uso de los recursos destinados a los pacientes que ven comprometida su calidad de vida a raíz de esta enfermedad.

**OBJETIVO:** En este trabajo se determina la costo efectividad del tratamiento farmacológico oral para pacientes de 55 años y más con artrosis de rodilla y/o cadera incluido en la Garantía Explícita en Salud (GES) que incluye paracetamol, anti inflamatorios no esteroideos y opioides versus Condroitín Sulfato (CS) solo, o combinado con Glucosamín Sulfato (GS) en pacientes atendidos en el Centro de Salud Familiar (Cesfam) Victoria entre los meses de enero y marzo del año 2018.

**METODOLOGÍA :** Se realiza una evaluación económica de costo efectividad utilizando el modelo de árbol de decisiones, en la cual se obtienen los costos por efectividad obtenida en términos de años de vida ajustados por calidad (QALY) para cada alternativa terapéutica a través de cálculo de razón de costo efectividad incremental (ICER), con su respectivo análisis determinístico de tornado y una vía Resultados : El uso de Glucosamín Sulfato y/o Condroitín Sulfato correspondiente a la terapia alternativa, resultó ser la terapia más costo efectiva con un ICER de \$2.265.748.-, valor que se encuentra por debajo del umbral dispuesto a pagar por el sistema público de Chile (Un Pib Percapita). La respuesta al uso combinado de paracetamol y opioides resultó ser la variable que influye mayormente en variaciones de este resultado.

**CONCLUSIÓN:** Esta evaluación económica se ha demostrado que el uso de CS y GS respecto a la terapia GES, resulta ser una opción rentable (con aumento en los años de vida ajustados por calidad), lo cual se ve reflejado principalmente al obtener un ICER por debajo del umbral considerado (per cápita para Chile al año 2018). Sin embargo, es preciso considerar el factor tiempo como un aspecto determinante que podría hacer variar resultados tan relevantes como la probabilidad de respuesta de la combinación de paracetamol opioides, lo cual podría contribuir a disminuir el ICER lo que determinaría que la terapia alternativa ya no resulte ser el más costo efectivo.



## TL 162 - FALLA RENAL AGUDA POR DAÑO PODOCITARIO ASOCIADO A GLOMERULONEFRITIS FOCAL CON ESCASOS CRESCENTES Y DEPÓSITOS SUBENDOTELIALES EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Yáñez, Tatiana<sup>1</sup>; Verdugo, Jorge<sup>2</sup>; Elsaca, Enrique<sup>2</sup>; Salinas, Ricardo<sup>3</sup>; Sepúlveda, Rodrigo<sup>4</sup>.

1 médico Internista, Facultad Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile; 2 Interno Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile; 3 Residente Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile; 4 Nefrólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La nefritis lúpica (NL) corresponde a la manifestación renal del Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Su espectro de presentación es variada: desde casos asintomáticos, hasta su forma severa denominada Glomerulonefritis Rápidamente Progresiva (GNRP). En los últimos años ha comenzado a reportarse un fenómeno autoinmune asociado al LES que puede alterar la arquitectura podocitaria, contribuyendo con ello al daño glomerular y la formación de crescentes, lo que se denomina podocitopatía lúpica. Se caracteriza por presencia de enfermedad de cambios mínimos o glomeruloesclerosis focal y segmentaria sin presencia de depósito de complejos inmunes subepiteliales ni subendoteliales.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Se presenta el caso de una paciente de 61 años con antecedentes de Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo, LES de larga data y paragangliomas cervicales no funcionantes, que consulta por cuadro de anasarca y proteinuria en rango nefrótico que evoluciona con rápido deterioro de la tasa de filtración glomerular (TFG), que requiere Terapia de Reemplazo Renal. Por sospecha de síndrome nefrótico impuro con GNRP se inicia estudio reumatológico que muestra hipocomplementemia, anticuerpos antinucleares positivos, anticuerpos anti-DNA positivos en títulos altos; ANCA por IFI, anti MPO y PR3 por ELISA negativos. Se solicita biopsia renal y a espera de resultados, se inicia pulso de Metilprednisolona y Ciclofosfamida. El informe final impresiona con NL clase III focal con presencia de escasos crescentes en microscopía directa; reactividad granular mesangial escasa para IgG, C3, C1q e IgM a la inmunofluorescencia; presencia de importante borramiento podocitario a la microscopía electrónica, con escasos depósitos de complejos inmunes subendoteliales y subepiteliales. Con estos hallazgos, la paciente completa inducción con ciclofosfamida, y se mantiene con prednisona por tiempo prolongado, evolucionando con aumento de la TFG y sin necesidad de diálisis crónica.

**DISCUSIÓN:** Los hallazgos histopatológicos en esta paciente dan cuenta de una singular combinación de alteraciones donde la Microscopía óptica y la Inmunofluorescencia sugieren una NL clase III, determinado principalmente por crescentes, aunque escasos en este caso. Asimismo, la microscopía electrónica muestra importante borramiento podocitario, lo que podría sugerir una podocitopatía lúpica. Sin embargo, parece improbable dado el hallazgo de escasos complejos inmunes subendoteliales, lo que lleva a pensar en la búsqueda de otras causas secundarias de daño podocitario. Resulta llamativa la discrepancia entre la agresividad clínica de la falla renal y el resultado de la biopsia, que solo arrojó escasos crescentes. Si bien, está descrito que no existe correlación entre el grado de falla renal y la cantidad de crescentes en la histología, la clínica de la paciente pudo haber sido explicada por otras alteraciones histopatológicas como el daño túbulo-intersticial asociado al LES, a las alteraciones de la permeabilidad glomerular asociadas al borramiento podocitario y al grado de nefrosis de la paciente.



## TL 163 - SÍNDROME DE LEMIERRE: A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Uarac, Javiera F1; Cooper, Antonia2; Uarac, Manuel A2; Hurtado, Jhasmin A2. 1Médico Cirujano, Hospital El Carmen.2Interno de Medicina, Universidad Finis Terrae.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Lemierre (SL) es una patología infrecuente, que afecta principalmente a jóvenes, entre 16-25 años. Es causado comúnmente por organismos de la flora bacteriana oral, siendo más frecuente; *Fusobacterium necrophorum* y se presenta como complicación de una infección orofaríngea manifestada por tromboflebitis séptica de la yugular interna, asociada a embolias sépticas a distancia, siendo el compromiso pulmonar el sitio frecuentemente afectado. Es una enfermedad de evolución tórpida y alta morbimortalidad, de no mediar un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 76 años, con antecedentes de hipertensión arterial, daño hepático crónico y diabetes mellitus insulino requirente en tratamiento. Consulta por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por odinofagia severa asociada a trismus. Ingresa con hemodinamia estable, afebril, destaca amígdalas hipertróficas de predominio derecho al examen físico, no purulentas, acompañado de dolor intenso a la palpación de esternocleidomastoideo superior derecho. En laboratorio destaca parámetros inflamatorios elevados, con Proteína C reactiva en 22 mg/dl y leucocitos de 19.000 células/mm<sup>3</sup>. Se solicita una tomografía axial computada (TC) con contraste de cuello, que informa hallazgos compatibles con tromboflebitis de la vena yugular interna derecha y de la vena braquiocefálica ipsilateral, diagnosticándose síndrome de Lemierre. Se realiza hemocultivo, con resultado negativo. Se discute caso y se decide tratamiento con esquema antibiótico prolongado con Ceftriaxona y Clindamicina asociado a tratamiento anticoagulante, logrando así la remisión del cuadro clínico.

**DISCUSIÓN:** El síndrome de Lemierre consiste en la tromboflebitis séptica de la vena yugular interna como complicación infrecuente de una infección del espacio orofaríngeo. Suele manifestarse como una faringitis febril con evolución tórpida y mala respuesta al tratamiento antibiótico, pudiendo presentar trismus, dolor cervical, induración e inflamación sobre el recorrido de la vena yugular o sobre el músculo esternocleidomastoideo.

Para realizar el diagnóstico se debe contar con un estudio imagenológico, siendo entre estos la TC de cuello con contraste el examen con más evidencia demostrada, observando defectos de llenado de la vena yugular interna, sugerentes de tromboflebitis. Los hemocultivos suelen ser positivos para *Fusobacterium necrophorum* hasta en el 70% de los casos. El pilar del tratamiento es el manejo de la infección con cursos prolongados de antibióticos (3-6 semanas) con cobertura para anaerobios. El rol de la anticoagulación no está del todo determinado, sin embargo, suele ocurrirse en cuadros con trombosis extensa. El SL a pesar de ser infrecuente, consta con un tratamiento efectivo si es diagnosticado precozmente, por lo que es fundamental su sospecha inicial para lograr reducir complicaciones y morbimortalidad.



## TL 164 - CASO DE HIPONATREMIA Y PANHIPOPITUITARISMO COMO MANIFESTACIÓN DE TBC SELAR

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Madison, Annette<sup>1</sup>; Cortés, Adán<sup>2</sup>; Villalobos, Karol<sup>3</sup>; Nilo, Flavia<sup>4</sup>; Villanueva, Pablo<sup>5</sup>;

<sup>1</sup>Residente Medicina Interna P. Universidad Católica. <sup>2</sup>Interno de Medicina, Escuela de Medicina de la P. Universidad Católica de Chile. <sup>3</sup>Internista Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. <sup>4</sup>Endocrinóloga Hospital Clínico Universidad Católica de Chile. <sup>5</sup>Neurocirujano Hospital Clínico Universidad Católica de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN** Si bien la tuberculosis frecuentemente compromete el sistema nervioso central, el compromiso hipofisario es muy raro. Incidencia 1-2% en biopsias transesfenoidales, 0.15-2% del total de lesiones intracraneanas. Más frecuente en mujeres y pacientes con VIH. Se presenta como una masa granulomatosa (tuberculoma) o como absceso tuberculoso, con o sin paquimeningitis. Clínica: El síntoma más frecuente es la cefalea, seguida de disminución o pérdida visual progresiva. Puede presentarse como panhipopituitarismo (incluso como apoplejía pituitaria) o con hiperprolactinemia. Tanto clínica como radiológicamente se confunden con adenomas. No siempre se asocia a presencia de TBC pulmonar o extrapulmonar concomitante.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 68 años con depresión en tratamiento con sertralina. Traída tras presentar una caída a nivel en domicilio. A su ingreso, paciente afebril, hemodinámicamente estable, somnolienta, confusa, al examen neurológico destacó ptosis, proptosis y midriasis derecha, disartria y hemiparesia facio-braquio-crural izquierda. En el laboratorio inicial destacó sodio sérico 120 mEq/L, glucosa 107 mg/dL, Creatinina sérica 0.74 mg/dL. Dada hiponatremia profunda sintomática se manejó con suero hipertónico con alza de la natremia 16 mEq/L en las primeras 48 hrs con recuperación del nivel de alerta. En el estudio etiológico destacó hiponatremia hiposmolar dependiente de ADH (Osm sérica 247 mOsm/Kg, Osm urinaria 684 mOsm/Kg), sodio urinario 40 mEq/L, TSH 0.015 uUI/mL (VN: 0.3-4.2), T4 libre 0.76 ng/dL (VN: 0.93-1.7), Cortisol 1.9 ug/dL (VN: 6.02-18.4). Dado el hallazgo de hipotiroidismo e hipocortisolismo centrales, se estudió con RM de región selar que informó lesión infiltrativa infundíbulo-hipofisaria de 19 x 10 mm, que compromete seno cavernoso, ala menor del esfenoides y ápex orbitario derechos, con engrosamiento y refuerzo paquimeningeo adyacentes. Del estudio de otros ejes destacó IGF1 21 ng/mL (VN: 40-225), FSH 1.5 mUI/mL (VN: 25.8-134.8), Prolactina 20 ng/mL (VN: 4.79-23.3). Se configuró el diagnóstico de panhipopituitarismo secundario a lesión hipofisaria infiltrativa. TAC tórax, abdomen y pelvis sin evidencia de una neoplasia primaria, Ferritina y saturación de transferrina normales, ANCA negativo, Recuento de inmunoglobulinas y subclases de IgG normales, electroforesis de proteínas en sangre sin peak monoclonal. Citometría de flujo en LCR negativa para síndrome linfoproliferativo. Sin elementos clínicos de sarcoidosis. Biopsia transesfenoidal de la lesión evidenció pituitaria con extensa fibrosis y proceso inflamatorio crónico granulomatoso necrotizante con células de Langhans, altamente sugerente de una tuberculosis. Tinción Ziehl-Neelsen negativa para bacilos ácido-alcohol resistentes y PCR de Mycobacterium TBC negativa. Dada la fuerte sospecha de Tuberculosis hipofisaria se indicó tratamiento antiTBC, resultando en una respuesta clínica e imagenológica favorable.

**DISCUSIÓN:** La tuberculosis selar es una patología poco frecuente incluso en áreas de alta incidencia de TBC. Este caso es especialmente interesante dado que se produjo en una paciente inmunocompetente y con manifestaciones de panhipopituitarismo.



## TL 165 - NEUMONÍA ORGANIZADA CRIPTOGÉNICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD REFRACTARIA A TRATAMIENTO. REPORTE DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** König, María T1; Hurtado, Jhasmin A2; Chaban, Leyla V2; Calzada, Paulina P2; Bendek, Carolina A2; Cooper, Antonia2 1Becada de Medicina Interna, ACP Associate, Universidad de Los Andes.2Interna de Medicina, ACP associate, Universidad Finis Terrae.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La neumonía organizada criptogénica (COP), es un tipo de neumonía intersticial idiopática perteneciente al grupo de enfermedades pulmonares difusas. Se presenta entre los 50 y 70 años, sin distinción por sexo. Se manifiesta como un cuadro agudo o subagudo de neumonía refractaria a tratamiento antibiótico, lo cual ocurre entre el 13 y 18% de los pacientes hospitalizados, aumentando intervenciones innecesarias y morbimortalidad. El diagnóstico definitivo es histopatológico y su tratamiento esencialmente corticoidal.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 41 años, con antecedente de cáncer mamario izquierdo triple negativo tratado (2019). Es derivada desde hospital de base por historia de 1 mes de hospitalización reciente bajo diagnóstico de neumonía multilobar bilateral con mala respuesta a múltiples terapias antibióticas de primera y segunda línea. Mantuvo parámetros inflamatorios estacionarios e imágenes radiológicas sin cambios. Por mala evolución clínica, se realizó angiografía tomográfica (AngioTAC) de tórax mostrando tromboembolismo pulmonar (TEP) derecho, iniciando tratamiento anticoagulante. Estudio reumatológico destaca anticuerpos antinucleares y factor reumatoideo negativo, panel viral negativo, antígeno legionella y neumococo negativo, VIH negativo, VHB y VHC negativo, IgM Bartonella negativo, baciloscopia negativa, genexpert en esputo negativo y test COVID19 negativo. Por sospecha de COP, es trasladada desde hospital de base con mantención de tos seca, disnea mínima y requerimientos de oxígeno. Al examen físico destaca murmullo pulmonar globalmente disminuido y crépitos bibasales. Nuevo AngioTAC de tórax informa TEP bilateral, manteniendo terapia anticoagulante previa. Se realiza fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar (LBA) mostrando aumento de celularidad total, de tipo mixta con abundantes macrófagos y biopsia transbronquial concordante con focos de neumonía organizativa, por lo cual se inicia terapia corticoidal con bolos de metilprednisolona, evolucionando favorablemente.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** COP es una forma idiopática de neumonía organizada que es frecuentemente subdiagnosticada. Debe considerarse como diagnóstico diferencial en pacientes con tos persistente, disnea y fiebre con mala respuesta a antibioterapia. La sospecha diagnóstica es clínica e imagenológica, siendo de elección la tomografía computarizada de alta resolución (TACAR) con hallazgos típicos de consolidación periférica, bilateral, múltiple, asociada a vidrio esmerilado. El LBA es inflamatorio de tipo mixto y el diagnóstico definitivo se realiza con biopsia pulmonar. La importancia de un diagnóstico precoz radica en la buena respuesta frente a corticoterapia, evitando complicaciones y mortalidad asociadas a un tratamiento inadecuado.



## TL 167 - ELEFANTIASIS SECUNDARIA A FILARIASIS. REVISIÓN DEL TEMA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** König, María T1; Hurtado, Jhasmin A2; Chaban, Leyla V2; Calzada, Paulina P2; Bendek, Carolina A2; Cooper, Antonia2; 1Becada de Medicina Interna, ACP associate, Universidad de Los Andes.2Interna de Medicina, ACP associate, Universidad Finis Terrae.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La elefantiasis corresponde a un agrandamiento progresivo de extremidades, acompañado de aspereza y fisuras en la piel y tejido subcutáneo, causada por diversas enfermedades que obstruyen el sistema linfático. Se clasifica en 2 grupos: filariana y no filariana. La Filariasis linfática (FL) es una infección por parásitos nematodos que en su forma adulta se alojan en los vasos linfáticos, produciendo su obstrucción. En el mundo hay más de 120 millones de personas infectadas y cerca de 40 millones tienen discapacidad o están desfiguradas a causa de la enfermedad.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 57 años, con antecedente de elefantiasis secundaria a filariasis de miembro inferior derecho diagnosticado hace 6 años en su país de origen Colombia, acude a policlínico de reumatología para control. Al examen físico se aprecia extremidad inferior derecha tumefacta, piel engrosada con cambios tróficos, edema desde región inguinal hasta pie y orfejos, sin signos de infección. Se realiza cambio de vendaje compresivo y se indica mantener terapia descongestiva compleja.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** La elefantiasis es una complicación crónica avanzada de la FL, infección causada por parásitos filarias, transmitidos por mosquitos vectores, los cuales se desarrollan en los vasos linfáticos hasta su forma adulta, produciendo su obstrucción. El cuadro clínico puede ser asintomático, agudo o crónico. Cuando la enfermedad se vuelve crónica puede producir elefantiasis o linfedema crónico que a menudo se acompaña de episodios agudos de inflamación o infección. El diagnóstico es epidemiológico, clínico y de laboratorio, siendo la mejor herramienta la prueba de antígeno. Se deben realizar estudios para determinar la extensión de la enfermedad y el estatus funcional del sistema linfático. La organización mundial de la salud desarrolló un programa para su eliminación, mediante administración de quimioprofilaxis, con dosis anual de antiparasitarios, los cuales tienen efecto limitado sobre formas adultas, sin embargo, logran reducir significativamente la densidad de microfilarias en sangre, evitando así la transmisión. El manejo debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario, y la evidencia respalda la efectividad del tratamiento conservador basado en terapia descongestiva compleja, que involucra cuidados de la piel para prevenir infecciones, linfodrenajes, vendas y prendas de compresión y ejercicios adecuados como natación o hidroterapia. Esta enfermedad conlleva un impacto económico y psicosocial significativo, por lo que es importante conocer su manejo y medidas de atenuación adecuadas.



## TL 168 - TRANSFORMACIÓN MALIGNA DE UN TUMOR PHYLLODES BENIGNO. REPORTE DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** König, María T1; Hurtado, Jhasmin A2; Chaban, Leyla V2; Calzada, Paulina P2; Bendek, Carolina A2; Cooper, Antonia<sup>2</sup> <sup>1</sup>Becada de Medicina Interna, ACP Associate, Universidad de Los Andes.<sup>2</sup>Interna de Medicina, ACP associate, Universidad Finis Terrae.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de mamas corresponde a uno de los más prevalentes y mortales a nivel mundial, siendo el tumor phyllodes uno de los más raros, representando menos del 1% de los casos. Se presenta como una masa indolora, dura, multilobulada y de rápido crecimiento. Un 20% desarrolla metástasis, principalmente pulmonar, cerebral y ósea. Se clasifica en 3 grupos: benigno, borderline y maligno.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 56 años, derivada de atención primaria de salud, consulta en policlínico de mama por aumento de tamaño de mama izquierda, tumefacción y cambios tróficos de piel. Trae mamografía que informa tumor de 27 centímetros (cm) de longitud por 21 cm de ancho, denso, con calcificaciones periféricas, BIRADS 4 y ecografía mamaria que informa colección líquida heterogénea con abundante ecogenicidad de 4 cm de longitud por 7 cm de ancho, BIRADS 3. Se realiza biopsia incisional que informa tumor Phyllodes benigno. Tomografía computarizada (TAC) con contraste de cerebro, tórax, abdomen, pelvis y extremidades inferiores, sin hallazgos metastásicos. Se realiza mastectomía total izquierda, con incisión stenast más colgajo superior e inferior y muestra para biopsia, que informa peso 4.190 kilogramos, componente maligno en lesiones cutáneas, bordes libres, inmunohistoquímica negativa. Sin embargo, se decide derivar a radioterapia para continuar manejo.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** La transformación maligna de un Tumor Phyllodes benigno es muy infrecuente. A mayor componente estromal y menor epitelial, mayor probabilidad de malignidad. Se asocia también la expresión de moléculas de superficie celular, siendo fundamental el análisis inmunohistoquímico. La radioterapia adyuvante parece ser efectivo en disminuir recidivas locales y recurrencias en tumor maligno, gigante o que no se haya logrado bordes libres. El seguimiento y control es estricto, pero no hay consenso respecto al tiempo, reportándose recidivas incluso 3 años posterior a la resección. En este tipo de tumores es discutible el estudio completo y manejo como maligno, a pesar de ser informado como benigno en biopsia pre-quirúrgicas, ya que las consecuencias de no estudiarlo podrían ser fatales.



## TL 169 - TROMBOCITOSIS ESENCIAL COMO CAUSA DE ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO: REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Daniela Belén Medina Sanhueza (1); Araceli Goldaracena (2); Camila Francisca Velásquez Díaz (3); Clemente José Javier Lara Cáceres (3). (1) Médico EDF CESFAM Chiguayante, Concepción; (2) Médico EDF CESFAM Santa Clara, Bulnes; (3) Médico APS CESFAM Plaza Justicia, Valparaíso.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La trombocitosis esencial (TE) es una enfermedad hematológica caracterizada por un recuento elevado de plaquetas ( $> 450 \times 10^9$ ) asociado a hiperplasia megacariocítica de la médula ósea, siendo más frecuente en mujeres con peak bimodal a los 50 y 70 años. Sus manifestaciones clínicas varían desde la ausencia de síntomas hasta aquellos derivados de trombosis microvascular y macrovascular; y hemorrágicos en aquellos casos más severos.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 55 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 no insulinoquiriente, dislipidemia y 5 años de evolución de cefaleas, mareos inespecíficos y parestesia ocasional de palmas sin controles médicos. Consulta en servicio de urgencias por episodio autolimitado de menos de 15 minutos de duración de hemiparesia faciobraquial derecha, con recuperación ad integrum al momento de la consulta, sin hallazgos patológicos a la evaluación clínica y neuroimagen. Dentro de los exámenes de laboratorio destacan plaquetas de  $750 \times 10^9$  sin otras citopenias. Se diagnostica accidente isquémico transitorio secundario a TE con alto riesgo trombótico y realiza estudio etiológico citogenético negativo para mutaciones de JAK, BCRL y ABL, estudios de hierro normales, biopsia médula ósea pendiente. Se inicia tratamiento con hidroxycarbamida 500 mg día y ácido acetilsalicílico 100 mg día. Evoluciona asintomática, sin eventos trombóticos con citorreducción y ácido acetilsalicílico, sin plaquetoféresis, con recuento de plaquetas que varían entre 500.000 – 750.000 con limitación de ajuste de dosis de hidroxycarbamida por hallazgo de anemia leve a moderada normocítica normocrómica, que se suplementa con complejo vitamínico B y ácido fólico.

**DISCUSIÓN:** A pesar de la baja frecuencia de la trombocitosis esencial, resulta de gran importancia el conocimiento de esta patología y la alta sospecha diagnóstica, en particular frente a manifestaciones microvasculares de carácter neurológico. Lo anterior se refleja en el caso presentado, en que la paciente cursaba cefalea de aparición tardía asociado a eritromelalgia, hallazgos clínicos sugerentes de trombocitosis que pudiese haberse confirmado con un estudio de laboratorio básico, y de esta forma lograr un control oportuno de la patología y evitar eventos trombóticos significativos, como el accidente isquémico transitorio que gatilló la primera consulta. En el caso clínico se evidencia una evolución favorable, logrando el objetivo de tratamiento de manejo de síntomas, sin embargo, se presenta también uno de los efectos adversos del tratamiento con hidroxycarbamida, la aparición de anemia normocítica normocrómica. Si bien los controles de esta patología no son de resorte de atención primaria, es relevante conocer los efectos adversos del tratamiento con el antineoplásico, como la aparición de úlceras cutáneas en pacientes con diabetes mellitus u otras manifestaciones hematológicas, como leucopenia, anemia y el enmascaramiento de aparición fortuita de déficit de B12 o ácido fólico, con el objetivo de comprender de manera integral el estado de salud de paciente y pesquisar complicaciones de tratamiento en contexto de controles de rutina, como patología cardiovascular.



## TL 170 - DESCRIPCIÓN DEL PERFIL Y EFECTOS SECUNDARIOS DE USUARIOS DE NIVOLUMAB EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Ramírez, Nicolás (1); Yáñez, Nicolás (2); Ortega, Francisco (2); Vega, Alexander (3); Caceres, Nelyda(4); González, Camila(5) (1)Médico Internista, Hospital de Constitución.

(2) Oncólogo, Hospital Regional de Talca; (3) Médico Internista, Hospital base de Curicó (4) Médico cirujano, Hospital de Constitución (5) Interna de medicina, Universidad Católica del Maule

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La inmunoterapia ha demostrado ser una herramienta efectiva como terapia en el cáncer. Nivolumab es un anticuerpo monoclonal bloqueador de PDL-1, aprobado por la FDA desde 2014 como terapia para distintos tipos de cánceres, entre ellos, el melanoma. En este último, ha demostrado mejorar sobrevida global, sobrevida media y sobrevida libre de enfermedad. Por su mecanismo de acción, se ha asociado a distintos efectos adversos, varios en relación al sistema inmune; aunque la mayoría son leves y sin repercusión clínica importante, algunos reportes muestran efectos graves y mortales. Dada su eficacia demostrada, se comenzó a administrar este medicamento en un hospital público de Chile desde 2019 a pacientes con melanoma. Con el fin de generar conocimiento local, se realiza investigación del perfil y efectos secundarios en los pacientes que reciben esta terapia.

**MÉTODO:** Estudio descriptivo, observacional retrospectivo. Se incluyen a todos los pacientes que recibieron terapia con nivolumab desde junio del 2019 hasta enero del 2020. Se revisaron sus fichas clínicas, donde se encuentran registros de atenciones; se incluyeron exámenes séricos de laboratorio. La información recabada incluyó variables que describen a los pacientes (edad, ECOG, entre otros), efectos adversos registrados en cada control (grados, momento de aparición, entre otras variables), y resultados de laboratorio pre-tratamiento e intra-tratamiento. Los datos se registraron en archivo Excel, con posterior análisis estadístico y comparación de resultados con la observada en la bibliografía.

**RESULTADOS:** Nivolumab se administró como terapia adyuvante a 11 pacientes con melanoma (4 en etapa III y 7 en etapa IV), entre junio de 2019 y enero de 2020. Siete pacientes eran hombres y 4 mujeres, con edad promedio similar en ambos sexos (61 y 62 años, respectivamente). La condición basal pre-tratamiento era buena en general, con ECOG 0 en 4 pacientes y ECOG 1 en 7 pacientes; sólo 1 paciente con IMC en bajo peso y 8 pacientes con algún grado de sobrepeso ú obesidad. La dosis administrada fue de 240 mg por ciclo en 7 pacientes (el resto ajustado según peso). Los ciclos por paciente variaron con un máximo de 10 y un mínimo de 2. De los 11 pacientes, 7 presentaron algún efecto adverso, todos leves. No se reportaron efectos adversos graves. Dentro del perfil autoinmune se describe rash cutáneo y neumonitis en un paciente, miositis (dada por elevación de CK) en otro paciente, y elevación de TSH en dos. Todos efectos leves. Una paciente falleció, por una condición no asociada al tratamiento.

**CONCLUSIONES:** Los resultados son acordes a la literatura, con frecuentes efectos adversos pero la mayoría leves. Es importante destacar que la baja cantidad de pacientes no permite realizar asociaciones o definir factores de riesgo para predecir efectos secundarios. Además, el poco tiempo de seguimiento podría explicar el no observar efectos adversos graves. No se consideraron resultados oncológicos. Este estudio permitió recolectar datos locales de un hospital público, con información vital para seguir implementando nuevas terapias, poniendo énfasis en las complicaciones asociadas.



## TL 172 - TÍTULO HIPERCALCEMIA SECUNDARIA A HISTOPLASMOSIS DISEMINADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Benjamín Sanfuentes D (1), Daniel Cathalifaud Z (2), Francisca Pinochet V (2), Naomi Estay C (2), Diego Verdugo C (2), Javier Uribe M (1);<sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad Católica, Pontificia Universidad Católica de Chile;<sup>2</sup>Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La histoplasmosis diseminada (HD) es una micosis sistémica causada por el hongo dimórfico *Histoplasma capsulatum*. El 90% de los casos se da en contexto de inmunosupresión, y en general en conjunto con otras infecciones. Esta se manifiesta como una enfermedad granulomatosa, pudiendo ocasionar hipercalcemia (HC), dentro de otras complicaciones. Presentamos el caso de un paciente con HD e HC, representando un desafío diagnóstico y terapéutico.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 46 años. Ingresa por 4 días de fiebre, compromiso de conciencia y disnea que evoluciona precozmente a paro cardiorrespiratorio. Tras recuperación, se inicia estudio destacando parámetros inflamatorios elevados y radiografía de tórax con infiltrado intersticial multilobar bilateral. Es hospitalizado en UCI, donde se diagnostica inmunosupresión por VIH y sepsis por múltiples patógenos: en pulmón *C. albicans*, *S. maltophilia* y *Aspergillus terreus*; en médula ósea *S. aureus*, *C. albicans* e *Histoplasma capsulatum*. Se maneja con terapia antirretroviral, antibiótica y antifúngica con Anfotericina B liposomal. Evoluciona anúrico con requerimiento de terapia de reemplazo renal. Tras mejoría de función renal e inicio de alimentación enteral, desarrolla HC con calcio iónico de 8.1 mg/dL. Se maneja con diálisis, volemicación y diuréticos de asa, logrando mejoría parcial. En estudio etiológico se descarta neoplasia y destaca parathormona (PTH) indetectable e isoformas de fosfatasa alcalina (FA) de origen hepático, sin aumento de isoforma ósea, motivo por el cual se sospecha HC secundaria a HD.

**DISCUSIÓN:** Se presenta el caso de un paciente inmunosuprimido, con múltiples coinfecciones, entre ellas HD con compromiso medular. *Histoplasma capsulatum* suele ingresar al organismo a través de la barrera alveolar y desarrolla invasión macrófaga, pudiendo diseminarse a otros órganos en pacientes inmunosuprimidos. Por este mismo mecanismo puede llevar a la formación de granulomas.

Se reporta HC secundaria a HD en 8 casos entre 1946 y 2013. El principal mecanismo descrito es la hiperhidroxilación de vitamina D secundaria a la activación de la enzima 25(OH)D-1-hidroxilasa que lleva a hipervitaminosis D e HC. El paciente presenta HC moderada, con PTH suprimida, isoformas de FA compatibles con ausencia de actividad osteolítica, y exacerbación de HC con aumento de aportes enterales de calcio, concordantes con el mecanismo de hiperhidroxilación de vitamina D ya descrito. El laboratorio no cuenta con medición de dihidroxivitamina D para su confirmación. También se ha descrito HC secundaria a insuficiencia suprarrenal por diseminación del patógeno a estas glándulas, pero es poco probable en este caso. Dentro del tratamiento de HC por este mecanismo se encuentra el uso de corticoides dado que inhiben la hiperhidroxilación de vitamina D, pero por las múltiples infecciones del paciente se difirió su uso inicialmente. Además, el tratamiento de elección para HD corresponde a inducción con Anfotericina B por 1 a 2 semanas y luego mantención con Itraconazol por al menos 12 meses. No se ha descrito que este tratamiento debiera ser modificado considerando la presencia de HC.



## TL 174 - TROMBOCITOPENIA INMUNE SECUNDARIA A MACROGLOBULINEMIA DE WALDESTRÖM.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Espinosa, Eduardo 1; Bustamante, Carmen 1; Cuadros, Matias 1; Vega, Valeska 2; Gonzalez, José T 3; Guidotti, Francesca 3; Hernandez, Karla 4. 1Becado Medicina Interna Universidad de Chile; 2 Hematóloga, Hospital San Juan De Dios; 3 Internista, Hospital San Juan De Dios; 4. Médico Hospital San Juan De Dios

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La Macroglobulina de Waldenström (MW) es un linfoma no Hodgkin linfoplasmocítico secretor de IgM monoclonal. Es infrecuente y su etiología se desconoce. Su clínica y complicaciones derivan de la infiltración neoplásica y eventual daño secundario al componente M. Son frecuentes fenómenos autoinmunes como purpura o anemia hemolítica. El diagnóstico integra elementos clínicos, de laboratorio y estudio histológico. La médula ósea se afecta en prácticamente todos los casos.

**CASO CLINICO:** Hombre de 53 años, antecedente de alcoholismo y anemia no estudiada. Reconsulta en urgencias por epistaxis severa. Ingresa taquicárdico, en regulares condiciones, con antecedente de baja de peso, sin fiebre ni sudoración. Al examen físico palidez y ganglios cervicales hasta 1cm. Exámenes: Hto 6% Hb 1.9 g/dL Gb 4.78/uL, Plaquetas 1.000/uL, GOT 18UI/L GPT 6UI/L GGT 42UI/L FA 732 Bil total 0.7mg/dL Bil directa 0.6mg/dL Crea 0.69mg/dl LDH 140 UI/L, test de coombs directo (-), VIH(-) VHC(-) VHB(-). TAC de tórax, abdomen y pelvis: Adenopatías mediastínicas, retroperitoneales e ilíacas bilaterales hasta 1.5cm, sin hepatomegalia, esplenomegalia de 14.5cm. Se hospitaliza como sospecha de Síndrome linfoproliferativo. Es transfundido con glóbulos rojos y plaquetas sin elevar recuentos. Se inicia dexametasona 20mg/día EV. Mantiene trombocitopenia severa refractaria y epistaxis: Hto 16% Hb 5.8g/dL Gb 2710/uL RAN 1165/uL RAM 189/uL RAL 1320/uL plaquetas 0/uL. Se realiza mielograma: Hiperplasia granulocítica, con desviación a izquierda, escasos megacariocitos, plaquetas agregadas tipo rouleaux intenso. Inmunofenotipo: CD19+ CD20+ FMC7+, expresión moderada de CD79b, CD81 y cadena liviana Kappa. CD38, CD23 y CD200 (-). Compatible con neoplasia linfoproliferativa B. Se realiza biopsia de médula ósea (BMO) y se inicia RCHOP urgente por citopenias severas. BMO: Compatible con MW. Electroforesis de proteína: Peak monoclonal en interzona Beta-Gamma y Gamma de 0.9 y 1.5g/dl respectivamente; inmunofijación de dos componentes IgM Kappa. IgA 57mg/dl IgG 1014mg/dL IgM 4532mg/dL. Se plantea síndrome de hiperviscosidad (SHV) en retrospectiva. Fondo de ojo: hemorragias retinianas compatibles con SHV. Descenso de IgM a 2655mg/dL. Continúa con quimioterapia RCOP. Alta en buen estado general, con recuperación de peso y normalización de hemograma. Tras 4to ciclo paciente con progresión de enfermedad, alza de IgM y SHV, se indica plasmaferesis y se cambia a R-bendamustina con buena evolución.

**DISCUSION:** La MW es una enfermedad infrecuente de curso indolente. Inicialmente se sospechó anemia severa secundaria a sangrados por trombocitopenia. La refractariedad a transfusiones hizo sospechar una trombocitopenia inmune. El estudio de médula ósea reveló etiología infiltrativa. El SHV por IgM monoclonal es una urgencia que requiere precozmente plasmaferesis. La respuesta a la quimioterapia del linfoma confirma la etiología neoplásica. El recuento de inmunoglobulinas es un examen simple, que puede orientar a una gammapatía monoclonal.



## TL 176 - TAPONAMIENTO CARDIACO COMO PRESENTACIÓN DE LINFOMA DE HODGKIN; REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Vega, Luis Felipe<sup>1</sup>, Díaz, Nicolás<sup>2</sup>; Neves, Emilia<sup>2</sup>; Parada, Mauricio<sup>1</sup>; Chávez, Sebastián<sup>3</sup>. <sup>1</sup> Residente de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile <sup>2</sup>Interno de Medicina, Universidad de Chile. <sup>3</sup> Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El compromiso pericárdico en el Linfoma de Hodgkin es una complicación relativamente frecuente, sin embargo, existen escasos reportes de taponamiento cardiaco asociado. Presentamos el debut de un Linfoma de Hodgkin mediastínico complicado con taponamiento cardiaco incipiente. **CASO CLÍNICO:** Hombre haitiano de 18 años, sin antecedentes mórbidos, presenta cuadro de 1 mes de aumento de volumen nodular, indoloro a nivel cervical asociado a masa precordial indurada, sin signos inflamatorios. Además, refiere odinofagia, sensación febril no cuantificada y sudoración nocturna. Al ingreso febril, taicárdico, normotenso y bien perfundido, sin conflicto ventilatorio. Del laboratorio destaca: Hemoglobina 11 mg/dl VCM 70 CHCM 31, Leucocitos 12.910 mil/mm<sup>3</sup> 75% segmentados, LDH 325 U/L, VIH (-) VHB (-) VHC (-) VDRL no reactivo, PCR SARS-CoV-2 (+). Estudio con imágenes evidencia masa sólido- quística en mediastino anterior y superior con extensión hacia el plano subcutáneo y óseo, múltiples adenopatías cervicales, supraclaviculares y axilares, y derrame pericárdico con signos iniciales de taponamiento. Se realiza pericardiocentesis con instalación de drenaje obteniendo 500 cc de líquido citrino con cultivo (-) y PCR para tuberculosis (-). Posteriormente se realiza ventana pericárdica y toma de biopsia quirúrgica compatible con Linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular. Sin signos de diseminación intraabdominal ni medular. Se inician corticoides, postergando quimioterapia hasta completar periodo de aislamiento y ausencia de actividad de SARS-CoV-2. Evolución favorablemente, asintomático cardiovascular, dando alta con control ambulatorio por equipo de oncología.

**DISCUSIÓN:** El Linfoma de Hodgkin es un linfoma de células B poco frecuente, con incidencia global de 80.000 nuevos casos al año y una distribución bimodal en 20-29 años y mayores de 55 años. Su forma clásica se caracteriza por presentar células malignas de Reed-Sternberg, siendo el subtipo más frecuente el de esclerosis nodular. Éste se suele presentar como adenopatías cervicales, mediastínicas, supraclaviculares y axilares, donde un tercio de los pacientes además refiere sintomatología sistémica como fiebre, sudoración nocturna y baja de peso. La afectación del pericardio es generalmente silente, los síntomas iniciales pueden ser inespecíficos y atribuidos erróneamente a la progresión del proceso neoplásico. El derrame pericárdico ocurre como complicación en aproximadamente 5 a 24 % de los casos. Sin embargo, el taponamiento cardiaco secundario es inusual y poco descrito en la literatura. Se postula que la fisiopatología de este cuadro yacería en obstrucción de vasos linfáticos/venosos por células tumorales o por efecto de masa, impidiendo el drenaje del líquido pericárdico. Otras causas de compromiso pericárdico en este contexto incluyen pericarditis actínica, inducida por drogas o infecciosa.

Debido a su baja frecuencia, el derrame pericárdico secundario a esta patología no suele ser buscado dirigidamente por los clínicos, siendo esta una urgencia oncológica con inminente riesgo de muerte en caso de progresar hacia un taponamiento cardíaco.



## TL 178 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN VÁLVULA NATIVA AÓRTICA POR ESCHERICHIA COLI

### TIPO DE TRABAJO:

**AUTORES:** Gajardo, Roberto (1); Díaz, Camila (2); Chahuán, Isidora (2); Castro, Jhonatan (2); Lasen, Tomás (2); Cruz, Agustín (2); Dierlamm, Nidia (2); (1) Residente de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. (2) Interno/a de Medicina de la Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La endocarditis infecciosa (EI) corresponde a la infección del endotelio cardíaco y material protésico intracardíaco por bacterias y/u hongos. Los principales patógenos son *Staphylococcus* spp. y *Streptococcus* spp. hasta en 80% de los casos. *Escherichia coli* (EC) es un agente infrecuente en EI, constituyendo un 0,51% de los casos, siendo su tasa de mortalidad de 21%. La válvula más frecuentemente afectada por EC es la mitral, seguida por la aórtica. La incidencia de EI por EC aumenta con la edad, siendo un 70% de los casos mujeres mayores de 70 años. Otros factores de riesgo descritos son: diabetes mellitus, consumo excesivo de alcohol, hemodiálisis e inmunocompromiso.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular, tabaquismo y obesidad. Consulta por lumbalgia, fiebre y compromiso de conciencia cualitativo. Ingresa por sepsis severa con disfunción hemodinámica y renal, se realiza manejo según guías internacionales de sepsis y tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis en búsqueda de foco que evidencia enfisema de partes blandas en fosa isquioanal derecha. Se descarta fascitis necrotizante durante cirugía de urgencia. Evoluciona con compromiso neurológico distal, por lo que se realiza resonancia magnética (RM) de columna dorsolumbar que muestra colección intrarraquídea desde la décima vértebra torácica a caudal. Se realiza aseo quirúrgico más drenaje de líquido purulento peridural, obteniéndose cultivo de secreción peridural, hemocultivos y urocultivo positivos para EC beta-lactamasas de espectro extendido. Se ajusta tratamiento a ceftriaxona endovenosa. Dada persistencia de estado subfebril se recontrola con RM de columna que evidencia mismos hallazgos previos en menor magnitud, sumado a espondilodiscitis entre vértebras L5-S1. Se completa estudio con ecocardiograma transesofágico que certifica masa irregular de 8 mm de diámetro mayor en borde libre del velo coronario izquierdo y cerca del anillo aórtico. Se agrega gentamicina, presentando posteriormente injuria renal aguda, por lo que se decide cambio de esquema a piperacilina-tazobactam. Completa en total 42 días de tratamiento, con posterior cambio a cefadroxilo vía oral por 8 semanas más, evolucionando con resolución del cuadro.

**DISCUSIÓN:** La EI por EC es de escasa frecuencia, fundamentándose por su baja capacidad de adherencia al endocardio y la presencia de anticuerpos contra EC en pacientes sanos. Últimamente ha aumentado su incidencia dado un mejor diagnóstico y aumento de pacientes con factores de riesgo; sin embargo, el paciente constituyó un desafío diagnóstico inicial para el equipo médico. Al correlacionar la literatura con el caso presentado, el único factor de riesgo identificado es la edad avanzada; y respecto a las complicaciones, desarrolló espondilodiscitis que se presenta hasta en 12% de las EI por EC. Sobre el tratamiento antibiótico, las guías clínicas internacionales recomiendan terapia combinada con betalactámico y aminoglucósido o fluoroquinolona por 6 semanas. Finalmente, es fundamental sospechar esta patología debido a su alta tasa de mortalidad e intervención quirúrgica reportadas.



## TL 179 - CONVERSIÓN DE UNIDAD PEDIÁTRICA A UNIDAD DE ADULTOS POR PANDEMIA COVID -19: NO ES UN JUEGO DE NIÑOS.

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** María Luisa Espinoza (1), Ana María Alvarez (2), María José Rivera (3), Daniela Pavez (3,4) Arturo Aldunate (5) ;(1) Jefa Pediatra Unidad de Cuidados Básicos Pediátricos Hospital San Juan de Dios;(2) Jefa Unidad de Infectología pediátrica;(3) Pediatra Unidad de Cuidados Básicos Pediátricos Hospital San Juan de Dios;(4) Infectóloga Pediatra Hospital San Juan De Dios;(5) Interno Medicina Universidad de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** En diciembre del 2019 se identifica un nuevo Coronavirus en Wuhan, China. El 12 de marzo es declarado como Pandemia por la OMS. Se trata de una enfermedad que afecta principalmente a población adulta, provocando colapso en los sistemas asistenciales dado la alta tasa de ingreso a hospitales, especialmente a Unidades de Paciente Crítico. Dentro de las estrategias para enfrentar la pandemia se han reconvertido unidades pediátricas a adulto en los hospitales generales. Presentamos la experiencia de la atención de médicos pediatras a pacientes adultos trasladados de unidades de Medicina a la Unidad de Cuidados Básicos (UCB) del Servicio de Pediatría.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica de la literatura sobre reconversión para organizar los espacios, implementos y personal, manteniendo las consideraciones éticas, de justicia y sociales. Se habilitaron 10 cupos para la atención de adultos, atendido por dos equipos con rotación quincenal conformados cada uno por dos pediatras hospitalistas, 2 pediatras de policlínico, un pediatra de turno y un becado de turno, cada uno con funciones definidas. Los criterios de ingreso fueron: pacientes pre alta, estables, con oxígeno con naricera y con buen pronóstico de sobrevida (no cuidados de fin de vida). Registro de algunas características epidemiológicas, clínicas, de laboratorio, imageneológicas, de manejo y evolución de los pacientes trasladados a la UCB

**RESULTADOS:** En 2 meses han ingresado 38 pacientes. El promedio de edad fue de 63 años (rango 25-82),74% de sexo masculino y el 78.4% presentaban comorbilidades, siendo las más frecuentes, Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus2 y obesidad. La mayoría de ellos (84.2%) eran trasladados del Servicio de Medicina. El promedio de estada en UCB fue de 6.2 días (rango 1-39 días). Treinta y tres pacientes fueron dados de alta, 7 de ellos a residencias sanitarias, el resto a su domicilio y 4 trasladados a unidades de adultos. De los TAC de tórax informados, el 100% presentaba neumonía multifocal por COVID y un caso (2.63%) Tromboembolismo Pulmonar. Desde el punto de vista infectológico la PCR COVID 19, fue positiva en el 71%, repetida en 7 pacientes. PCR para virus respiratorios solo en 1 de los 38 casos fue (+) a VRS. Del estudio de antígeno bacteriano en orina para Streptococcus pneumoniae y Legionella realizado al 84.2%, fue negativo en todos. Los hemocultivos realizados al ingreso a 32 pacientes, fueron (-) en 28, contaminados en 3 y solo 1(+) a Staphylococcus hominis. El 97.3% de los casos recibieron Ceftriaxona más Azitromicina de inicio(1-7 días) y en solo 1 paciente se amplió por cursar con IAAS.

El promedio de uso de oxígeno fue de 14.7 días en total (rango 0-53 Días). Solo 4 pacientes requirieron previo al traslado ventilación mecánica (VM) invasiva (en UPC), ninguno VM no invasiva y 7 naricera de alto flujo (CNAF) en unidad de intermedio.

**CONCLUSIÓN:** la experiencia del manejo de pacientes adultos, estables pre alta, con COVID 19, en un Servicio de Pediatría, fue altamente positiva, lográndose que la mayoría fueran dados de alta a su domicilio exitosamente.



## TL 180 - PANICULITIS LÚPICA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Briones, Felipe<sup>1</sup>; Bravo, Karen<sup>2</sup>; Bravo, Paula<sup>2</sup>; Sepúlveda, Fabián<sup>2</sup>; Madrid, Salvador<sup>3</sup>; Becado de Medicina Interna, Universidad de Chile;<sup>2</sup>Interno de Medicina, Universidad de Chile.<sup>3</sup> Médico Internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es un desorden multisistémico, autoinmune y crónico que afecta principalmente a mujeres, con compromiso multiorgánico y un amplio espectro de lesiones cutáneas de diferente magnitud y severidad. Dentro de estas últimas, el lupus profundus o paniculitis lúpica corresponde a una rara entidad, con un 2-3% del total de pacientes con LES. Presenta lesiones que van desde induraciones profundas o nódulos subcutáneos, asociado a epidermis eritematosa y atrófica, hasta incluso lesiones ulceradas principalmente en zonas proximales de brazos, hombros y cuero cabelludo, muchas veces dolorosas y recurrentes. Los hallazgos histológicos revelan diferentes patrones dependiendo del estado evolutivo, siendo una paniculitis de predominio lobulillar con necrosis hialina en las lesiones de más larga data lo más típico. Lo anterior, obliga a un amplio diagnóstico diferencial con otras entidades. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente sexo femenino, origen haitiano, de 32 años, consultó en APS por cuadro de 3 años de evolución caracterizado por lesiones cutáneas eritemato-costrosas descamativas en cuero cabelludo con alopecia difusa, cara con extensas placas excavadas, brazo izquierdo con placas costrosas y placa ulcerada indolora con bordes netos, placas subcutáneas e infiltradas en torso. Además, con historia de sudoración nocturna y fiebre intermitente. Sin otros síntomas. Es derivada al policlínico de infectología, donde se decide hospitalizar por sospecha de leishmaniasis.

Se realiza tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis, que mostró múltiples adenopatías abdominales, hepatoesplenomegalia y nódulos subcutáneos en pared torácica y abdominal baja. Biopsia adenopatía descartó síndrome linfoproliferativo. Biopsia de piel con reacción de polimerasa en cadena para leishmaniasis y tuberculosis negativas, compatible con paniculitis mixta septal y lobulillar con adiponecrosis hialina, sugerente de LES. Destaca ANA + 1:160 con patrón nucleolar, antiDNA + 1:20, hipocomplementemia, ENA + con anti-Smith y anti-RNP positivos. Orina completa con proteínas +, obteniéndose proteinuria de 1,5 gr/24 hr, realizándose biopsia renal que informó glomerulonefritis proliferativa mesangial con depósitos electrón-densos mensangiales, compatible con glomerulonefritis por complejos inmunes. Se diagnosticó LES con compromiso cutáneo profundo (lupus profundus) y renal, se inició manejo inmunosupresor con micofenolato y prednisona, con buena respuesta clínica.

**DISCUSIÓN:** El lupus profundus corresponde a una presentación de las más raras dentro del espectro de formas clínicas del LES requiriendo una alta sospecha para su correcto diagnóstico, siendo necesaria la correlación clínica y los hallazgos típicos histopatológicos. Su diagnóstico adecuado tiene importancia en el manejo de la enfermedad, crucial para evitar la progresión de las lesiones cutáneas, las cuales al cronificarse dificultan el proceso diagnóstico, y por otro lado prevenir el compromiso de otros sistemas. Este caso invita a tener en consideración esta enfermedad como diagnóstico diferencial ante lesiones cutáneas crónicas con etiología infecciosa o tumoral descartada.



## TL 181 - DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE NEUROLÚES

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Briones, Felipe<sup>1</sup>; Bravo, Karen<sup>2</sup>; Bravo, Paula<sup>2</sup>; Sepúlveda, Fabián<sup>2</sup>; Madrid, Salvador<sup>3</sup>;

1 Becado de medicina interna, Universidad de Chile;<sup>2</sup> Interno de medicina, Universidad de Chile;

3 Médico internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La sífilis, considerada la gran imitadora, es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria *Treponema Pallidum*, cuyos síntomas y signos varían en su evolución. Se describen diversas etapas en su curso clínico: la sífilis primaria, donde aparece una úlcera en el sitio de inoculación, indolora y generalmente inadvertida; la sífilis secundaria, que se desarrolla de semanas a meses tras la aparición del chancro, donde ocurre diseminación generalizada de la infección con lesiones cutáneas y mucosas, fiebre y adenopatías de hasta un año de evolución; la sífilis tardía, que corresponde a los casos con más de un año de evolución, incluyendo la sífilis terciaria, con pacientes que presentan compromiso cardiovascular y formación de granulomas; la sífilis latente, que corresponde a paciente asintomáticos, y la llamada neurosífilis que produce compromiso del sistema nervioso central en cualquier etapa de la enfermedad. Es una enfermedad tratable, que de no ser detectada a tiempo puede pasar desapercibida por años y progresar silenciosamente hasta su reactivación en formas insospechadas, pudiendo llegar a ser mortal.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo masculino, de 73 años, sin antecedentes mórbidos, refiere cuadro de un mes de evolución caracterizado por baja de peso de 8 kg (más del 10% de su basal), sin otros síntomas B. Además, con disminución de agudeza visual en ojo derecho, de instauración en un lapso de 24 horas, por lo que consulta en extrasistema, diagnosticándose vicio de refracción no precisado y cataratas. Tras 3 meses de persistencia del cuadro, consulta nuevamente en extrasistema donde destaca en sus exámenes VDRL en sangre + en dilución 1:256, motivo por el cual se deriva a policlínico de infectología para inicio de tratamiento por sospecha de sífilis latente tardía. Allí, impresiona al examen oftalmológico con anatomía normal, sin signos inflamatorios, con fondo de ojo y tomografía de coherencia óptica normal. Se decide realizar punción lumbar por sospecha de neurolúes, interpretando compromiso visual como síntoma neurológico, resultando un VDRL + en el líquido cefalorraquídeo en dilución 1:4. Se hospitaliza para tratamiento endovenoso. Ingresa en buenas condiciones generales, enflaquecido, afebril, sin lesiones en piel ni adenopatías palpables. Destaca disminución de agudeza visual en ojo derecho (cuenta dedos a 50 cm), sin signos meníngeos, y resto del examen neurológico normal. Serología para VIH, VHB y VHC negativas. Se inició tratamiento con penicilina sódica y penicilina benzatina según esquemas, con respuesta favorable y mejoría parcial de agudeza visual.

**DISCUSIÓN:** La sífilis es una ITS distribuida extensamente a nivel global, sin diferencias en sexo o edad, y de no mediar un tratamiento oportuno puede pasar desapercibida hasta su reactivación con formas más graves. La presentación de neurosífilis es amplia y puede ser de difícil sospecha ante una manifestación única en un tejido específico como el tejido ocular. Este caso invita a tener un alto índice de sospecha ante síntomas neurológicos inusuales o de presentación atípica, sin desestimar ningún síntoma neurológico.



## TL 183 - PÚRPURA FULMINANS EN COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Uribe, Javier M<sup>1</sup>; Domínguez, Lucas H<sup>2</sup>; Sandoval Javier S<sup>2</sup>; Cathalifaud, Daniel Z<sup>2</sup>; Chandía, Javiera M<sup>2</sup>; Brunman, Eitan E<sup>2</sup>; Román, Fernando O<sup>3</sup>. 1Becado de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 3Médico Internista, Hospital Clínico Universidad Católica de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El Púrpura Fulminans (PF) es un trastorno trombótico de la microvasculatura que se caracteriza por presentar una coagulación intravascular diseminada (CID) asociado a trombosis extensa y necrosis hemorrágica. La causa más frecuente es la sepsis, siendo una complicación grave pero poco habitual de esta, teniendo asociado una alta morbilidad. A continuación, se presenta un caso de PF secundario a un cuadro de sepsis por bacilos gram negativos, seguido de una revisión del tema.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 62 años de sexo femenino, con antecedente de urolitiasis, consulta por cuadro de 12 horas de compromiso de estado general y lumbalgia izquierda, diagnosticándose cólico renal e indicándose manejo sintomático. Evoluciona con compromiso de conciencia progresivo asociado a fiebre, por lo que es derivada al hospital de referencia, donde ingresa hipotensa y mal perfundida. Ante la sospecha de shock séptico, se inicia tratamiento empírico con Ceftriaxona y reanimación con cristaloides y Noradrenalina. En los exámenes de ingreso destaca la presencia de acidosis metabólica con hiperlactatemia, leucocitosis de predominio polimorfonuclear, trombocitopenia y marcada elevación de la PCR, además de alteración de pruebas hepáticas y prolongación de los tiempos de coagulación. El scanner de abdomen y pelvis mostró una necrosis cortical en riñón derecho asociado a litiasis obstructiva en unión pieloureteral izquierda. Dado esto se decide ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI) y se instala drenaje doble J en la vía urinaria izquierda, además de toma de muestra de orina, con cultivo positivo para *Escherichia coli* multisensible y *Klebsiella pneumoniae* BLEE, por lo que se ajusta tratamiento antibiótico a Imipenem. En la UCI evoluciona con lesiones purpúricas difusas y flictenas en ambas extremidades inferiores, las que posteriormente progresan a isquemia y necrosis en ортеjos, astrágalo y calcáneo bilateralmente, además de los metatarsianos del pie izquierdo, lo que se confirmó por RNM EEII y cintigrama ósea. Evaluada por equipo de cirugía, se realiza amputación infracondílea bilateral y escarectomía de placas necróticas.

**DISCUSIÓN:** La paciente cursa con un PF en contexto de una CID secundaria a una sepsis de foco urinario por bacilos gram negativos, siendo esta una condición poco descrita en la literatura. Se cree que sería gatillado por un déficit de Proteína C (PC) combinado con una activación masiva de monocitos y del sistema inmune y consecuentemente con la activación de la cascada de la coagulación y generación de déficit de factores anticoagulantes, lo que explicaría el cuadro clásico del PF con presencia inicial de máculas eritematosas que posteriormente se induran y llegan a desarrollar ampollas o bulas con necrosis de todo el espesor de la piel. En general se ha descrito mayor asociación a *Neisseria Meningitidis* y a otros microorganismos no capsulados, siendo muy poco frecuente en contexto de enterobacterias. Actualmente no hay un tratamiento específico para esta patología, y se ha visto mayor beneficio con una terapia de soporte, más que con el uso de PC activada o heparina que se asocia a desarrollo de importantes efectos adversos.



## TL 184 - HEMATOMA PULMONAR COMO COMPLICACIÓN DE TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Hernández, Franco<sup>1</sup>; Acuña, Cristián<sup>2</sup>; Tapia, Matías<sup>2</sup>; García-Huidobro, Antonia<sup>2</sup>; Domínguez, Lucas<sup>2</sup>; Aracena, Ismael<sup>2</sup>; Canelo, Alejandro<sup>2</sup>; Garrido, Francisco<sup>3</sup>. 1Residente del Programa de Especialidad en Radiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 3Médico Radiólogo, Instructor Adjunto Departamento de Radiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los anticoagulantes orales son fármacos utilizados para la profilaxis y tratamiento de la enfermedad tromboembólica. Sin embargo, su uso no está exento de complicaciones, como el mayor riesgo de sangrado, incluyendo eventos de sangrado mayor, necrosis cutánea, dermatitis, alopecia, entre otros.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 91 años, con antecedente de fibrilación auricular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica y hábito tabáquico, en tratamiento con acenocumarol, prednisona e indacaterol. Consulta por cuadro de hemoptisis progresiva de dos meses de evolución, inicialmente solo escasa cantidad de contenido hemático que progresó hasta sangre fresca, sin otros síntomas relevantes asociados. Radiografía de tórax muestra una opacidad masiforme en el lóbulo inferior izquierdo, confirmándose mediante tomografía computada de tórax una lesión redondeada de 7 x 6 cm, espontáneamente densa en fase no contrastada, de bordes lobulados ubicada en el segmento superior del lóbulo inferior izquierdo, que no realza en fases contrastadas. Dado cuadro y antecedentes se decide suspensión de acenocumarol. Un año después se realiza control tomográfico que confirma resolución casi completa del hematoma intrapulmonar, solo identificando una opacidad intraparenquimatosa secuelar de 3 cm.

**DISCUSIÓN:** En estudios controlados aleatorizados con poblaciones recibiendo anticoagulación oral por fibrilación atrial, el riesgo anual de complicaciones hemorrágicas mayores con el uso de antagonistas de la vitamina K, va desde 3.09% hasta 3.59%, contrastado con resultados obtenidos de estudios observacionales donde el riesgo fluctúa entre 1.4% hasta 10.4%.

El hematoma pulmonar es una colección de sangre dentro del espacio alveolar e intersticial, comúnmente por la rotura de un vaso secundario a un trauma torácico. Los hematomas pulmonares sin antecedente de trauma o espontáneos son escasamente reportados en la literatura, la mayoría asociados al uso de terapia anticoagulante y excepcionalmente se ha reportado su aparición sin alguna causa atribuible. Una anticoagulación supratrapéutica aumenta el riesgo de sangrado, existiendo algunos reportes de casos de hemorragia alveolar difusa, hemotórax masivo y hematomas pulmonares espontáneos secundarios al uso de warfarina. Imagenológicamente un hematoma pulmonar en radiografía de tórax se puede evidenciar como una opacidad parenquimatosa nodular o masiforme, mientras que la tomografía computada de tórax evidencia un nódulo o masa ovalado o redondeado espontáneamente denso en la fase no contrastada, sin realce tras la administración de contraste endovenoso.

Consideramos este caso relevante debido al gran número de pacientes que reciben anticoagulación oral y el bajo reporte de complicaciones pulmonares asociadas a su uso.



## TL 186 - SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO DIAGNOSTICADO POR SU PRIMERA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA ENTRE LOS AÑOS 2017 y 2019 EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Parra-Valencia, Esteban<sup>1</sup>; Hermosilla, Valentina<sup>2</sup>; Lara, Pablo<sup>2</sup>; Vega, Maira<sup>2</sup>; García, Scarlett<sup>2</sup>; Jara, Varinia<sup>2</sup>; Muñoz, Daniella<sup>2</sup>; Olivares, Mirta<sup>2</sup>; Vergara, Soledad<sup>2</sup>; San Martín, Diego<sup>3</sup> Residente Medicina Interna Universidad de Concepción; <sup>2</sup>Interno Medicina, Universidad de Concepción; <sup>3</sup>Gastroenterólogo, Hospital Las Higueras, Talcahuano.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer gástrico es una de las principales causas de muerte en Chile, llegando a ser la primera causa de muerte por cáncer en hombres y la segunda en mujeres.

La sobrevida depende en gran medida de qué tan avanzado esté al momento del diagnóstico. Su hallazgo en estadios iniciales implica tasas de curación significativamente altas, mientras que, en etapas avanzadas, la sobrevida promedio es de 6 meses. El objetivo de este trabajo fue determinar la sobrevida de los pacientes con cáncer gástrico avanzado diagnosticados en su primera endoscopia digestiva alta (EDA) en un hospital público.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo. La población de estudio incluyó a 107 pacientes con adenocarcinoma gástrico diagnosticado entre los años 2017 - 2019. Se recogieron de la ficha electrónica y de informes de anatomía patológica: datos demográficos, etapa al diagnóstico y tiempo entre el diagnóstico y la data de defunción. Se realizó análisis bivariado de datos en SPSS®, donde se usó el estimador de supervivencia de Kaplan-Meier.

**RESULTADOS:** La edad promedio fue de  $69.84 \pm 11.89$ . Un 67,29% (n= 72) correspondió a hombres. Un 88.79% (n=95) de los pacientes al diagnóstico sufrían un cáncer avanzado, mientras que un 7.48 % (n=8) fueron incipientes. De aquellos con cáncer avanzado, 75.79% (n=72) se detectaron durante su primera EDA. En este grupo, la edad promedio de diagnóstico fue  $70,18 \pm 10.94$  años. La supervivencia global desde el diagnóstico en los pacientes con cáncer gástrico incipiente fue de 87,5% a los 12 meses, encontrándose una media de  $25,42 \pm 3,130$  meses. La supervivencia global desde el diagnóstico en los pacientes con cáncer gástrico avanzado diagnosticado en la primera EDA fue de 8,3% a los 12 meses, encontrándose una media a los  $7,40 \pm 1,06$  meses y una mediana a los  $4,26 \pm 0,79$  meses (IC=95%).

**CONCLUSIÓN:** Al igual que lo reportado en la literatura, la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados en etapas avanzadas, lo que impacta negativamente en su sobrevida. En la serie estudiada, la mayoría de los casos fueron diagnosticados en su primera EDA. Cabe cuestionarse si tendría un impacto el realizar tamizaje seriado en pacientes con factores de riesgo como método de prevención secundaria. En este estudio se obtuvo mayor prevalencia de cáncer avanzado en hombres, similar a lo informado en series nacionales, aunque la edad promedio de diagnóstico fue superior (69.84 vs 58 años). La tasa de supervivencia promedio obtenida fue algo mayor a la reportada en nuestro país (7.4 meses versus 6 meses).



## TL 187 - SEPSIS DE FOCO PULMONAR EN UN PACIENTE CON ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES: REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Parada, Mauricio<sup>1</sup>; Ponce, Sofía<sup>2</sup>; Ortiz-López, Nicolás<sup>2</sup>; Salinas, Andrea<sup>2</sup>; Pérez, Francisco<sup>2</sup>; Cisternas, Carla<sup>2</sup>; Vega, Luis<sup>1</sup> <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile, Universidad de Chile; <sup>2</sup>Interno(a) de Medicina, Universidad de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La anemia de células falciformes (ACF) es la hemoglobinopatía estructural más frecuente en el mundo y se produce por alteración en los genes de la cadena de globina. Se caracteriza por anemia hemolítica crónica, oclusión vascular recurrente, deterioro de órganos, mala calidad de vida y mortalidad temprana. Las infecciones son la complicación más frecuente y contribuyen de manera significativa a la morbimortalidad.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 26 años, haitiano, sin antecedentes médicos, presenta cuadro de 8 días de evolución de sensación febril asociada a ictericia de piel y mucosas de inicio brusco y tos con expectoración. Consulta en servicio de urgencias de otro centro asistencial donde destaca laboratorio con Hb 4 g/dL, VCM 79,7 fL, GB 51000/ml, Plaquetas 199000/ml, bilirrubina total 35,6 mg/dL, bilirrubina directa 25,6 mg/dL, LDH 629 U/L. Se indica transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos y se traslada a nuestro centro. Al ingreso paciente se encuentra en regulares condiciones, subfebril 37,7°C, taquipneico con uso de musculatura accesoria, icterico, murmullo pulmonar abolido en mitad inferior de hemicampo pulmonar izquierdo, soplo tubario, matidez y vibraciones aumentadas ipsilateral, abdomen distendido con hígado palpable en reborde costal, sin otros hallazgos. Se complementa estudio con tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis que informa condensación y atelectasia completa del lóbulo inferior izquierdo y múltiples focos de condensación en lóbulo superior izquierdo, inferior derecho y severa atrofia esplénica. Se inicia manejo con oxigenoterapia y antibioterapia con Ampicilina/Sulbactam y Azitromicina. Estudio microbiológico negativo (panel respiratorio film array, antigenurias para Neumococo y Legionella, hemocultivos). Se solicita frotis de sangre periférica que evidencia múltiples drepanocitos, policromatofilia intensa con reticulocitos 25%. Compatible con el diagnóstico de ACF. Dada hiperbilirrubinemia de predominio directo y alza de transaminasas, se solicita estudio etiológico con colangiografía por resonancia magnética que informa barro biliar, virus hepatotropos negativos. Evoluciona con fiebre y falla respiratoria, se repite TC de tórax que informa nuevos focos de condensación en base derecha. Cultivo de expectoración (+) para Pseudomona multisensible (MS) y Klebsiella multirresistente (MR) sensible a Imipenem, se ajusta terapia completando 10 días de tratamiento, con buena evolución clínica. Previo al alta se indica inmunización con Prevenar 13, antiinfluenza, Bexsero y Nimenrix. Al alta se indica Hidroxiurea, profilaxis con Amoxicilina y control con hematología.

**DISCUSIÓN:** Se presenta cuadro de ACF de diagnóstico tardío en contexto de sepsis de foco pulmonar, con disfunción pulmonar y hepática, que durante el curso de la hospitalización se agregó infección por Pseudomona MS y Klebsiella MR. Las complicaciones infecciosas son una importante causa de morbimortalidad, tanto por la asplenia funcional como por el inmunocompromiso asociado. Es fundamental un diagnóstico precoz, una inmunización adecuada y la profilaxis antibiótica para disminuir las complicaciones e incluso la muerte.



## TL 188 - NEUMONÍA POR INFLUENZA A H1N1 ASOCIADA A HEMORRAGIA ALVEOLAR: REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Parada, Mauricio<sup>1</sup>; Vega, Luis<sup>1</sup>; Salinas, Andrea<sup>2</sup>; Ponce, Sofía<sup>2</sup>; Ortiz-López Nicolás<sup>2</sup>; Polanco, Francisca<sup>2</sup>; Pinto, Fernanda<sup>2</sup> <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Hospital Clínico de Universidad de Chile, Universidad de Chile; <sup>2</sup>Interno(a) de Medicina, Universidad de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La infección por H1N1 y sus complicaciones han causado una mortalidad y morbilidad significativas en todo el mundo. Las formas clínicas de la enfermedad varían desde infección leve del tracto respiratorio superior hasta neumonía con daño alveolar difuso severo. La hemorragia alveolar, una complicación grave de la neumonía por influenza, se mostró en los informes de autopsia de pacientes que murieron durante la pandemia de H1N1 el 2009. En este periodo, algunas publicaciones también advirtieron el desarrollo de esta complicación en pacientes con infección viral que desarrollaron hemoptisis. En estos casos, la fibrobroncoscopía (FBC) demostró eritema difuso y sangrado con lavado broncoalveolar compatible con hemorragia alveolar. Se reporta un caso de neumonía por influenza A H1N1 complicada con hemorragia alveolar.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 60 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de una semana de evolución de compromiso del estado general, odinofagia, mialgias, sensación febril y disnea progresiva. Los últimos días refiere tos con expectoración hemoptoica. Al interrogatorio niega baja de peso, síntomas reumatológicos y consumo de drogas ilícitas.

Ingresa al servicio de urgencia en regulares condiciones generales, con tendencia a la hipotensión, taquipneica, afebril. Al examen físico murmullo pulmonar disminuido globalmente y crépitos bibasales. En laboratorio de ingreso destaca: Proteína C reactiva 182 mg/dL, velocidad de eritrosedimentación 64 mm/h, hemoglobina 13,5 mg/dL, leucocitos 7440/mm<sup>3</sup>, plaquetas 244000/mm<sup>3</sup>, lactato deshidrogenasa 398 U/L, panel viral negativo. Se realiza tomografía computada de tórax sin contraste que muestra patrón de vidrio esmerilado de distribución periférica y predominio basal, con morfología geográfica, en algunas zonas perilobulillar, asociado a pequeños focos de condensación. En urgencias evoluciona con mala mecánica ventilatoria e hipotensión que revierte con aporte de cristaloides. Se optimiza terapia broncodilatadora, corticoides endovenosos, oxigenoterapia con cánula nasal y se inicia tratamiento antibiótico. Se hospitaliza en unidad de paciente crítico. Dada persistencia de hemoptisis y descenso de hemoglobina a 9,9 mg/dL, se realiza FBC, con hallazgos compatibles con hemorragia alveolar difusa y reacción de polimerasa en cadena de líquido broncoalveolar positivo para influenza A H1N1 con estudio inmunológico negativo. Inicianse tratamiento con oseltamivir y mantención de terapia corticoesteroidal, con evolución favorable. Con estos antecedentes, se configura hemorragia alveolar en contexto de infección por influenza.

**DISCUSIÓN:** Según nuestro conocimiento, este es el primer reporte de caso de esta complicación de infección viral por influenza A H1N1 en Chile. Considerar estas experiencias es crucial para establecer la sospecha precoz en el escenario de circulación estacional del virus en el país en pacientes que se presentan con infección severa y hemoptisis, dada su alta morbilidad y mortalidad asociada.



## TL 189 - SÍNCOPE COMO SIGNO OMINOSO EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PULMONAR PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Gaete, Mayra (1); Chen, Paulen; Gómez, Carolina; Aliaga, Braulio; Sánchez, Sebastián (2); (1) Médico cirujano, residente de Medicina Interna, Universidad Católica de Chile, Santiago. (2) Internas/os de medicina, Universidad Católica de Chile, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La hipertensión pulmonar (HAP) se define como presión media de arteria pulmonar (mPAP) mayor de 25 mmHg en reposo, o mayor de 30 mmHg con ejercicio. En su forma primaria o idiopática, es un diagnóstico de exclusión. Se discute el caso de una paciente con HAP primaria (HPP) que consulta por síncope, dado su alta asociación con muerte súbita.

**CASO CLÍNICO:** Mujer, 22 años, HPP Who 1 clase funcional 3-4 (2015), en control con cardiología. Tratamiento con ambrisentan, sildenafil y ácido acetil salicílico. Consulta en Servicio de Urgencia (SU) por episodio brusco de compromiso cualicuantitativo de conciencia, asociado a pérdida de tono postural con amnesia posterior, recuperación ad-integrum, posterior a realización de yoga (esfuerzo moderado). Ingresa hemodinámicamente estable, afebril. Al examen físico destaca corazón con ritmo regular, desdoblamiento segundo ruido y P2 reforzado. En electrocardiograma (ECG) destaca bloqueo incompleto de rama derecha (BIRD) e hipertrofia ventricular derecha (HVD). Se hospitaliza para completar estudio. Ecocardiograma Transtorácico (EcoTT) previo (11/19) se observa HAP (presión sistólica de arteria pulmonar estimada (PSAP): 75 mmHg.), dilatación e HVD con función sistólica conservada. Se realiza nuevo EcoTT que demuestra ventrículo izquierdo (VI) normal, dilatación y disfunción sistólica de VD, PSAP 80 mmhg. Se complementa estudio con AngioTAC que resultó negativo para Tromboembolismo pulmonar (TEP). BNP 233 pg/mL. Se realiza sondeo cardíaco que demostró HAP severa no reversible: mPAP 48, gasto cardíaco normal y resistencia vascular periférica (RVP) 14 UW (último sondeo en 2019: mPAP 80 y RVP 18 UW); test de caminata 6 min: 210 mts. Se aumenta ambrisentan en espera de inicio de iloprost. Se indica alta y control ambulatorio.

**DISCUSIÓN:** La HPP es una enfermedad progresiva, sin tratamiento presenta una sobrevida a 5 años de 57%. El ecoTT es el principal examen de pesquisa, sin embargo, el diagnóstico se confirma por cateterismo cardíaco derecho. El síncope representa un signo ominoso en pacientes con HPP pues conduce a falla cardíaca del VD dado progresión de la vasculopatía pulmonar, que requiere tratamiento inmediato por mayor interurrencia de muerte súbita. Su ocurrencia implica enfermedad avanzada, con disminución del volumen sistólico especialmente durante el ejercicio. Para mejorar el pronóstico es importante realizar un seguimiento estricto, mediante evaluaciones a nivel clínico, funcional y hemodinámico. El pro-BNP se usa para estimar el nivel de dilatación del VD (es de mal pronóstico un proBNP persistentemente alto mayor a 180 pg/mL); el test de caminata de 6 minutos se usa para seguimiento funcional (mal pronóstico: distancia recorrida menor a 400m), ecoTT al menos 1 vez al año con cateterismo derecho si ocurre falla en la terapia. Preocupa en nuestra paciente la presencia de varios factores de mal pronóstico además del síncope, pese a adherencia al tratamiento, dando cuenta que la HPP es una enfermedad grave progresiva, sin cura, de alta morbi-mortalidad, que si bien con tratamiento adecuado mejora sobrevida y calidad de vida, ésta es insuficiente, se requieren mejores tratamientos.



## TL 190 - ASOCIACIÓN ENTRE AMILOIDOSIS CARDÍACA (AC) Y ESTENOSIS AÓRTICA (EAO) SEVERA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Gaete, Mayra<sup>1</sup>; Chen, Paulen<sup>2</sup>; Gómez, Carolina<sup>2</sup>; Aliaga, Braulio<sup>2</sup>; Sánchez, Sebastián<sup>2</sup>; (1) Médico cirujano, residente de Medicina Interna, Universidad Católica de Chile, Santiago;(2) Internas de medicina, Universidad Católica de Chile, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La EAo es la cardiopatía valvular más frecuente, causas frecuentes de insuficiencia cardíaca (IC). La AC es una enfermedad rara, caracterizada por depósito extracelular de proteínas de Amiloide, ocasionando mayor vasculopatía y mortalidad (80% en 2 años). El siguiente caso busca recalcar la importancia pronóstica de la sospecha clínica y diagnóstico de amiloidosis en pacientes con EAo grave.

**CASO:** Mujer 60 años, hipertensa, IC crónica, EAo severa (AVA 0.4 cm<sup>2</sup>), miocardiopatía hipertrófica (MH), Insuficiencia mitral, aórtica y tricuspídea. En tratamiento con enalapril, furosemida, aspirina, atorvastatina; mal control. Consulta en servicio de urgencias por episodio brusco de compromiso de conciencia, asociado a palpitaciones y disnea, pérdida del tono postural, recuperación ad-integrum, mientras se dirigía al baño. Ingresa con signos vitales normales, examen físico destaca corazón ritmo regular soplo sistólico IV/V irradiado a axila y carótidas. Electrocardiograma (ECG): hipertrofia ventricular izquierda (HVI), sin isquemia. Curva de troponinas negativa (130-127-117). TAC cerebro sin contraste, sin lesiones agudas. Ecocardiograma transtorácico de 2019 (EcoTT) MH simétrica; sin dilatación; puntillado hiperrefringente miocárdico con predominio septal; FEVI 41%; strain longitudinal global disminuido (-13%); strain segmentario más afectado a nivel basal con preservación del ápex; patrón compatible con amiloidosis. Se estudia con holter de ritmo (sin arritmia) y EcoTT (similar al previo). Pendiente realización de resonancia magnética cardíaca (RNMC). Según se confirme o descarte AC, se evaluará cirugía.

**DISCUSIÓN** Estudios anatomopatológicos realizados en pacientes con EAo severa, han reportado 4-29% de AC. Se sospecha AC en pacientes con EAo que tengan red flags para AC, tales como: IC rápidamente progresiva con FE normal; ECG con bajo voltaje pese a HVI, ondas Q sin antecedentes de infarto de miocardio; engrosamiento desproporcionado del VI en relación con la gravedad de EAo; ecoTT con engrosamiento pared VD, derrame pericárdico, dilatación auricular bilateral, centelleo granular miocárdico y deterioro del strain longitudinal del VI (con conservación vértice del VI); patrón de EAo bajo flujo y bajo gradiente paradójico (con FEVI preservada); entre otros. Métodos que ayudan a su confirmación son la RNMC (realce tardío con gadolinio en forma circunferencial dentro del subendocardio del VI, con un gradiente de base a ápex), electroforesis e inmunofijación de proteínas en sangre y orina (gammapatía monoclonal), medición de cadenas livianas, Gammagrafía ósea con bifosfonatos marcados con tecnecio 99. El gold estándar es la biopsia cardíaca. El tratamiento de la AC, se basa en el manejo de los síntomas de origen cardíaco y de la enfermedad de base que produce la proteína amiloide. La AC debe sospecharse en todo paciente con EAo con comportamiento clínico grave, desproporcionado para la severidad de su valvulopatía. El diagnóstico debe ser precoz, ya que el tratamiento farmacológico y eventual reemplazo valvular temprano, pueden cambiar la evolución natural de la enfermedad, disminuyendo mortalidad y mejorando la calidad de vida.



## TL 191 - ENFRENTAMIENTO DE MASA MEDIASTÍNICA ANTERIOR; A PROPÓSITO DE DOS CASOS

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Vega, Luis Felipe<sup>1</sup>; Díaz, Nicolás<sup>2</sup>; Neves, Emilia<sup>2</sup>; Segovia, Jorge<sup>2</sup>; Chávez, Sebastián<sup>3</sup>. <sup>1</sup> Residente de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile <sup>2</sup> Interno de Medicina, Universidad de Chile. <sup>3</sup> Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El hallazgo de masas mediastínicas anteriores es relativamente infrecuente, pero la mayor disponibilidad de técnicas imagenológicas ha permitido pesquisar un número superior de casos. Pueden desarrollarse desde estructuras que se encuentran en el mediastino o que pasan a través de éste durante la embriogénesis, como también a partir de metástasis. A continuación, se presentan 2 casos.

**CASO 1:** Mujer de 32 años, haitiana, previamente sana, con cuadro de 1 año de disfonía y prurito, asociado a calofríos y baja de peso. Tres semanas previo a consultar se agrega disnea de esfuerzos progresiva, tos seca y dolor torácico tipo puntada de costado izquierdo. Ingresa taquicárdica, normotensa, taquipneica, saturando 93% con murmullo pulmonar abolido a izquierda, con adenopatías cervicales y supraclaviculares izquierdas gomosas, no adheridas a planos profundos. Laboratorio destaca: Hemoglobina 10.9 mg/dL VCM 57 CHCM 31, Plaquetas 871000/mm<sup>3</sup>, LDH 409 U/L, VIH (-), VHC (-), VHB (-) y HTLV 1 y 2 (-). En imágenes se informa extensa lesión mediastínica anterior con efecto de masa y derrame pleural masivo izquierdo. Líquido pleural con exudado mononuclear, ADA 14, gram y cultivo corriente (-), PCR TBC (-) y presencia de células neoplásicas. Sin diseminación intraabdominal ni medular. Biopsia de masa mediastínica informa Linfoma de Hodgkin subtipo esclerosis nodular.

**CASO 2:** Mujer de 78 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. Consulta por cuadro de 10 días de disnea de reposo, disfonía, estridor y tos seca. Ingresa taquicárdica e hipertensa, saturando 96%, afebril. Se describe taquipneica, yugulares ingurgitadas y aumento de volumen cervical. Laboratorio destaca: Hemoglobina 10.9 mg/dL, Leucocitos 10.880 mil/mm<sup>3</sup> Plaquetas 243000 VHS 94 mm/h Calcio 10,8 mg/dl LDH 137 U/L. Tomografía computarizada evidencia masa mediastínica antero-superior que infiltra tiroides, tráquea, origen de bronquios principales y comprime múltiples vasos. Evoluciona con falla ventilatoria que requiere intubación endotraqueal e instalación de prótesis traqueal. Se toma biopsia que evidencia carcinoma escamoso infiltrante poco diferenciado.

**DISCUSIÓN:** El diagnóstico de masas mediastínicas requiere de un alto grado de sospecha. La mayoría de éstas ocurre en mediastino anterior, siendo los más frecuentes: timoma 35%, trastornos linfoproliferativos 25%, tiroides y tumores endocrinos 15% y tumores malignos de células germinales en un 10%. La clínica es variable y depende del tipo y tamaño tumoral, pudiendo ser silente, presentar sintomatología por compresión o invasión local, presentar síntomas B o debutar como un síndrome paraneoplásico. Los síntomas más frecuentes son dolor, disnea, tos y disfagia. La invasión a estructuras nerviosas puede generar parálisis diafragmática o de cuerdas vocales, y la compresión vascular puede llevar a un síndrome de vena cava superior.

Por la gran heterogeneidad de diagnósticos diferenciales, el enfrentamiento posterior debe ser individualizado según el contexto clínico, siendo la biopsia con el estudio histopatológico e inmunohistoquímico lo que permite confirmar el diagnóstico.}



## TL 192 - VASCULITIS CUTÁNEA ASOCIADA A CONSUMO DE COCAÍNA ADULTERADA CON LEVAMISOL

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Fabiola Reales Núñez<sup>1</sup>, Tomás González Arestizábal<sup>2</sup>, Emilio Estrada Páez<sup>3</sup>; <sup>1</sup>Médico internista, Universidad de Chile; <sup>2</sup>Interno de medicina, Universidad de Chile; <sup>3</sup>Becado medicina interna, Hospital Clínico Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** En Chile, se calcula que un 1,1% de la población entre 12 y 64 años consume cocaína. Uno de los compuestos para adulterar esta droga es el levamisol, un medicamento utilizado previamente como antihelmíntico e inmunomodulador. Se describe asociado a su consumo complicaciones graves como agranulocitosis, vasculitis, glomerulonefritis y hemorragia alveolar.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 27 años de edad, sin antecedentes mórbidos, con consumo de cocaína y marihuana los fines de semana. Refiere cuadro de una semana de síntomas respiratorios altos y sensación febril sin respuesta a manejo sintomático, posteriormente se agregan nódulos dolorosos en muslos y aumento de volumen en región inguinal bilateral. Además, señala sudoración nocturna hace 3 meses. Ingresa febril, al examen físico presenta múltiples úlceras de 2cm de diámetro con centro necrótico, halo eritematoso e indurado, calor local en ambos muslos y adenopatías de 3cm en región inguinal bilateral de aspecto inflamatorio. Al laboratorio destaca agranulocitosis (RAN 0/uL) anemia leve (12 gr/dL), parámetros inflamatorios elevados, función renal y hepática sin alteraciones. Serología virus hepatitis B y C negativos, VIH y VDRL no reactivos, IgG positivo e IgM negativo para virus Epstein Barr, PCR de parvovirus B19 y Bartonella negativos, hemocultivos negativos. Anticuerpos ANCA por IFI positivos con patrón atípico, Elisa PR3 y MPO negativos, crioglobulinas y serología para Lupus Eritematoso Sistémico negativas. Se realiza mielograma que evidencia detención de la maduración a nivel de promielocito. Biopsia de lesiones cutáneas informa vasculopatía trombótica de aspecto vasculítico. Ante esto se plantea el diagnóstico de vasculitis con agranulocitosis asociada al consumo de cocaína adulterada con levamisol.

**DISCUSIÓN:** La vasculitis inducida por la asociación cocaína/levamisol se caracteriza por un púrpura cutáneo con importantes diagnósticos diferenciales. El rash es la manifestación cutánea más frecuente, siendo el púrpura en el pabellón auricular la manifestación clásica, sin embargo, el lugar más común de las lesiones son las extremidades inferiores. Como síntomas adicionales se describen artralgias, fiebre, baja de peso y sudoración nocturna. Las alteraciones hematológicas son frecuentes: anemia, agranulocitosis y trombocitosis en grado variable, siendo la agranulocitosis la más común. Las manifestaciones renales y pulmonares son menos frecuentes, pero más graves. La reacción del levamisol simula particularmente vasculitis ANCA, por lo que la mayoría de los pacientes son positivos para p-ANCA como también, positivos para MPO y PR3 en distintos porcentajes. También se describen otros autoanticuerpos positivos como ANA, anticardiolipinas y anti DNA, además de complemento bajo. El diagnóstico es histológico, caracterizado por vasculitis de pequeño vaso en las lesiones o riñón. No existe una clara relación entre las manifestaciones y la dosis o tiempo de consumo de cocaína/levamisol, sin embargo, se cree que la exposición crónica favorece la reacción inmunomediada, siendo la abstinencia lo fundamental para evitar recurrencias.



## TL 193 - REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE KOUNIS SECUNDARIO A MORDEDURA DE LOXOSCELES LAETA.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Campodonico, Juan 1; Balmaceda, Cristóbal 2; Barañao, Josefina 3; Barros, Lucas 3; Benítez, Sofía 3; Bergen, María José 3; Echeverría, Sarita 3; Huidobro, Javiera 3

1 Becado Medicina Interna, Universidad de los Andes, Santiago, Chile. 2 Cardiólogo, Clínica Dávila, Santiago, Chile. 3 Interno de Medicina, 7mo año, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Kounis (SK) es un tipo de síndrome coronario agudo (SCA) en el contexto de una reacción alérgica, anafiláctica o anafilactoide. Se describió en la literatura el año 1991 como el "síndrome de angina alérgica". Existen varias causas descritas para el SK, destacando el uso de algunos fármacos, alergias alimentarias y exposiciones medioambientales. Dentro de esta última categoría, encontramos las picaduras de insectos (himenópteros especialmente) y arácnidos. Se presenta el primer caso reportado asociado a la mordedura de *Loxosceles laeta*.

**DESCRIPCIÓN DE CASO:** Paciente masculino de 43 años, sin antecedentes médicos consulta en el servicio de urgencia por cuadro de pocas horas de evolución de dolor torácico opresivo irradiado a dorso, asociado a síntomas neurovegetativos. Al examen físico llama la atención una lesión eritematosa necrótica en el dorso de una de sus extremidades superiores secundaria a la mordedura de araña del género *Loxosceles laeta* ocurrida 48 horas antes. En el servicio de urgencias se solicitan electrocardiogramas seriados, los cuales no presentaron alteraciones significativas. Del laboratorio destaca alteración de troponinas ultrasensibles con valores hasta  $>500$  ug. Sin otros hallazgos de importancia. Se hospitaliza al paciente por sospecha de SCA. Posterior a su ingreso se solicita ecocardiograma transtorácico sin alteraciones en la motilidad segmentaria y sin disfunción sistólica ni diastólica. Se realiza AngioTAC coronario sin evidencia de oclusión coronaria y se complementa con RNM cardíaca que muestra lesión subendocárdica de características isquémicas en segmento basal de la pared anterior. Se maneja como SCA con antiagregación, anticoagulación, estatinas y betabloqueadores. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta al quinto día de hospitalización. En los controles posteriores sin nuevos episodios de angina ni clínica de insuficiencia cardíaca.

**DISCUSIÓN:** El diagnóstico de SK se basa en la clínica, resultados de laboratorio, electrocardiograma, ecocardiograma y estudio angiográfico. Debe sospecharse en casos de SCA que ocurren asociados a signos de reacción alérgica. Con respecto a sus causas, se mencionan distintos agentes etiológicos y factores gatillantes. En relación a picaduras, se ha observado asociación con medusas, escorpiones, serpientes, himenópteros y arácnidos. Sin embargo, no se ha descrito correlación con *Loxosceles laeta*. Frente a un SCA asociado a un contexto de reacción alérgica o anafiláctica, se debe establecer el Síndrome de Kounis como posibilidad diagnóstica, aunque sea una entidad poco frecuente y diagnosticada. En relación a su tratamiento, no existe actualmente una guía clínica para su manejo, por lo que se basa principalmente en los fundamentos de su fisiopatología y la escasa evidencia sobre los casos reportados. Por último, frente a la relación con picaduras de arácnidos, la literatura sólo expone asociación con arañas del género *Latrodectus*, por lo que sería relevante considerar la picadura de otras arañas como *Loxosceles laeta* como posible causa, considerando que en nuestro país la incidencia de mordedura por arañas de este género es importante.



## TL 194 - PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE COVID-19 EN UNA COHORTE DE PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CHILE

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Walker del Río, José<sup>1</sup>; Escobedo, Ernesto B<sup>2</sup>; Budnik, Sigall<sup>2</sup>; Gallardo, Andrea C<sup>2</sup>; Jiménez, Isidora C<sup>2</sup>; Guerrero, Nicolas<sup>2</sup>; Cortes, Matias<sup>2</sup>; Gonzalez, Dominga<sup>2</sup>; Lara, Barbara<sup>3</sup>. 1 becado Urgenciología, Pontificia Universidad Católica de Chile; 2 Interno de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile; 3 Médico Urgenciólogo, Hospital Clínico UC Christus, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El COVID-19 es una enfermedad causada por el virus SARS-COV-2, que surgió en diciembre de 2019 en China y fue declarada por la organización mundial de la salud como emergencia de salud pública de preocupación mundial en enero de 2020, convirtiéndose en pandemia. En Chile, desde el primer caso reportado se han confirmado más de 361.000 casos. Por otro lado, la clínica de esta enfermedad se caracteriza por afectar a distintos sistemas, siendo similar a otras infecciones respiratorias. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es conocer la epidemiología local sobre la sintomatología de la enfermedad con tal de realizar el test confirmatorio (PCR SARS-CoV-2) de manera oportuna.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio retrospectivo observacional que incluyó pacientes que consultaron en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario de Chile durante marzo de 2020 con síntomas sugerentes de COVID-19, a quienes se les realizó el test PCR de SARS-CoV-2. Se incluyeron análisis estadísticos de datos demográficos y de síntomas generales, respiratorios y gastrointestinales.

**Resultados:** Se analizaron fichas de 627 pacientes, el 43% fueron hombres y la edad promedio fue 36 años (IQR 29-49, rango 12-96 años). El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta realizarse el test confirmatorio fue de 4 días. Del total de pacientes COVID-19 positivo, el 89% fueron dados de alta. En la cohorte estudiada los síntomas más frecuentes en los pacientes COVID-19 positivos fueron tos seca (66%), mialgias (64%), fiebre (50%) y odinofagia (47%). La disnea se presentó solo en el 5% de ellos. Dentro de los síntomas gastrointestinales los que se manifestaron con mayor frecuencia fueron diarrea y dolor abdominal, en un 10% y 7% de los pacientes respectivamente.

**CONCLUSIÓN:** La literatura revisada tanto a nivel nacional como internacional coincide en el predominio sintomático anteriormente mencionado. Por lo tanto, podemos decir que en Chile los pacientes COVID-19 positivos presentan un cuadro clínico similar al descrito en el resto del mundo. Esto resulta ser muy relevante para poder realizar el test PCR de SARS-CoV-2 de manera oportuna a los pacientes que consulten con sintomatología sugerente, ya que esta es una enfermedad cuya prevalencia va en aumento en nuestro país y en el mundo.

--



## TL 195 - SINDROME CONFUSIONAL AGUDO TRAS INFECCIÓN POR SARS-CoV-2; REPORTE DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Orrego, Francisca<sup>1</sup>; Betancourt, Jair<sup>2</sup>; Jaramillo, Manuel<sup>3</sup>; Bergen, María José<sup>3</sup> Becada Medicina Interna, Universidad de los Andes; <sup>2</sup> Médico Internista, Hospital Santiago Oriente – Dr. Luis Tisné Brousse; <sup>3</sup> Interno/a Medicina 7mo año, Universidad de los Andes.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN** La pandemia del Covid-19 ha sido un desafío epidemiológico y médico; demostrando no solo gran compromiso del sistema respiratorio, si no también tropismo por otros órganos, lo que le otorga la capacidad de manifestar variada sintomatología. La literatura describe que hasta un 36% de los pacientes infectados por SARS-CoV-2 desarrollan síntomas neurológicos (1). A continuación, se presenta el caso de un paciente que desarrolla síndrome confusional agudo atribuido a encefalitis por SARS-CoV-2. **DESCRIPCIÓN DEL CASO** Paciente masculino de 54 años, obeso, sin antecedentes médicos ni psiquiátricos previos. Niega tabaquismo y consumo de drogas. Consumo de alcohol suspendido hace 21 años. Es llevado por familiares a servicio de urgencias (SU) por cuadro de compromiso de conciencia cualitativo. Familiares refieren que el paciente habría despertado alterado, agitado, desorientado y con sensación de miedo. Destaca antecedente de Covid-19 hace un mes, caracterizado por cuadro leve y autolimitado de tos seca y mialgias, confirmado por reacción en cadena de polimerasa (PCR) de hisopado nasofaríngeo. Al examen mental en SU destaca verborreico, inatento (no logra invertir series ni interpretar refranes), pensamiento incoherente aparentemente ideofugal, con ideas delirantes místicas (refiere haber visto a Dios, quien le comenta sobre futuro en relación a pandemia). Sin hallazgos relevantes al examen físico. Se decide hospitalización, en la cual se completa estudio para síndrome confusional agudo, destacando estudio de líquido cerebro-espinal (LCE) sin alteraciones citoquímicas (líquido claro, proteínas 39 mg/dL, glucosa 73 mg/dL, leucocitos 10 /uL, 80% mononucleares), FilmArray negativo, anticuerpos anti-NMDA negativos, no obstante, PCR SARS-Cov-2 positiva. Resonancia magnética cerebral describe incremento de señal en bulbos olfatorios y del giro recto izquierdo. Electroencefalograma normal. PCR SARS-Cov-2 de hisopado nasofaríngeo negativa. Resto de estudio metabólico e infeccioso dentro de parámetros normales. Paciente evoluciona con agitación, inatención y pensamiento desorganizado fluctuante por 4 semanas, con requerimiento de contención farmacológica en repetidas ocasiones. Posteriormente estable, orientado, atento y sin alteraciones del pensamiento. Se toma PCR SARS-Cov-2 de LCE de control la cual resulta negativa. Se decide alta hospitalaria sin secuelas neurológicas evidentes. **DISCUSIÓN** Se han planteado varios mecanismos por los cuales la infección por SARS-Cov-2 produce compromiso neurológico: invasión viral, inflamación sistémica, hipoxia, trastornos metabólicos e incluso fenómenos trombóticos (1). Dada la importancia epidemiológica actual del Covid-19, es importante plantear esta enfermedad como diagnóstico diferencial en pacientes con compromiso agudo de funciones del sistema nervioso central. La PCR para SARS-CoV-2 positiva en LCE es un hallazgo inédito que orienta a encefalitis debido a infección viral directa por este agente. No obstante, este examen no está validado, y no se ha reportado en todos los casos de encefalopatía relacionada a Covid-19; de manera que desconocemos su rendimiento diagnóstico (2).



## TL 196 - PATOLOGÍAS REUMATOLÓGICAS DE PRESENTACIÓN SIMULTÁNEA: TODOS LOS SÍNTOMAS IMPORTAN

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Trullenque, Gabriel 1; Vergara, Pablo 1; Athens, José 1; González, Sofía 1; Pino, Mercedes 2; Alzamora, Daisy 2; 1: Becado/a Med. Interna Universidad de Chile, Santiago;2: Médico Internista, Hospital San Juan de Dios, Santiago

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Hasta un 25% de los pacientes reumatológicos no tienen un diagnóstico definitivo, ya sea por no cumplir con los criterios suficientes que establece la literatura o por la dificultad de llegar a una unidad diagnóstica, surgiendo en ese contexto los síndromes de sobreposición. Se presenta el caso de una paciente con sospecha de esclerodermia que presenta manifestaciones atípicas y severas, en el cual se evidencia la sobreposición infrecuente de 4 patologías autoinmunes y que supone un desafío diagnóstico y terapéutico.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 50 años con antecedente de hipotiroidismo secundario a tiroiditis de Hashimoto e historia familiar de autoinmunidad. Refiere cuadro de 4 años de evolución que inició con fenómeno de Raynaud bilateral, asociándose el último año a compromiso del estado general, baja de peso de 10 kg, alopecia, xeroftalmia y xerostomía. Últimos 7 meses se agregan excoriaciones labiales con sangrado profuso y recurrente, sin otra sintomatología. Consulta en urgencias por hemorragia labial que cede con compresión. Al examen físico destaca queilitis eritematosa hemorrágica sin compromiso intraoral, queilitis angular, telangiectasias faciales y esclerodactilia distal. Estudio inicial destaca anemia normocítica arregenerativa (hemoglobina 10.4 g/dL) y alteración en pruebas hepáticas (f. alcalina 271 y gammaglutamiltransferasa 153), con ecografía abdominal sin alteraciones. TAC de tórax sin evidencia de enfermedad pulmonar difusa. Ingresó al servicio de medicina para estudio. Evaluada por equipo de patología oral y reumatología se descarta malignidad de lesiones labiales, impresiona queilitis irritativa severa en contexto de xerostomía. Se realiza estudio inmunológico en el que destaca Ac. Antinuclear (ANA) positivo 1/640 patrón anticentrómero y patrón reticular, perfil ENA Anti-Ro positivo > 100 y anti-RNP negativo, Ac. Antimitocondrial (AMA) positivo 1/80 y test de Schirmer anormal. Resto de exámenes sin hallazgos patológicos: Ac. Anticitoplasma de neutrófilos, factor reumatoideo, complemento, serologías virales (VIH/VHB/VHC), VDRL, PCR de Virus Herpes Simple 1-2, Rx de manos, ecocardiograma y endoscopia digestiva alta. Se logra manejo de excoriaciones con terapia tópica, se decide continuar manejo ambulatorio con reumatología por síndrome de sobreposición de esclerodermia/Sjögren y gastroenterología por sospecha de colangitis biliar primaria.

**DISCUSIÓN:** Se presenta el caso de una sobreposición de esclerodermia asociada a tiroiditis de Hashimoto, Sd. de Sjögren de presentación severa y colangitis biliar primaria, tetrada ocasionalmente descrita en la literatura. Documentada con mayor frecuencia en la esclerodermia limitada, la importancia de su variante superpuesta radica en que se ha evidenciado un compromiso multiorgánico más frecuente y precoz que en la variante única, pese a lo cual no existe consenso diagnóstico ni terapéutico. Lo anterior enfatiza la necesidad de un alto índice de sospecha frente a síntomas "inespecíficos" y de ciertas consideraciones terapéuticas (ej. el uso juicioso de corticoides en "escleromiositis"), pudiendo incluso considerarse como entidades distintas a su variante individual.



## TL 199 - PLANIFICACIÓN DE UN SERVICIO DE MEDICINA PARA LA PANDEMIA SARS-COV2

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** P Vásquez (1), S Valenzuela (1), P López (1), H Rodríguez (1), D Gallardo (2), MJ lobos (3) Servicio de Medicina (1), Unidad de paciente crítico (2), Unidad de Hospitalización domiciliaria (3) Hospital San Juan de Dios

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Desde los primeros indicios de la extensión del SARS Cov2 a nuestro país, se iniciaron en febrero 2020, los lineamientos para la formación de una estructura institucional para la gestión de la pandemia (Comité Covid) integrado por Dirección del hospital, subdirecciones médica, de enfermería, atención abierta, recursos humanos y administrativa, asuntos institucionales y jefaturas de Infecciones asociadas a atención de salud (IAAS), Laboratorio, Servicio de Urgencias, Cirugía, Medicina y Unidad de paciente crítico (UPC). Nos referiremos al Servicio de Medicina Interna (SMI) Método El Servicio de Medicina interna cuenta con 113 camas de cuidados agudos. Se reconvirtieron 56 camas de medicina para generar 40 cupos de intermedio. Se triplicaron los cupos de ventilación mecánica.

La reconversión de camas de los servicios de Cirugía y Urología permitió mantener una capacidad de 76 camas para nuestro servicio.

**ACCIONES Y ESTRATEGIAS:** Capacitaciones en elementos de protección personal (EPP) Capacitación en prevención de IAAS y transmisión entre el personal Coordinación centralizada del uso de los recursos físicos y humanos Coordinación del uso de las camas y generación de liderazgos definidos en la gestión Reuniones diarias Comité Covid con emisión de un boletín informativo que se distribuye a toda la comunidad hospitalaria. Suspensión progresiva de la atención ambulatoria del Centro de Diagnóstico y tratamiento (CDT) Los médicos internistas subespecialistas del CDT, pasaron a formar parte de la dotación de atención de salas de cuidados agudos del SMI. Suspensión cirugía electiva. Adquisición de equipamiento y ajustes a la antigua estructura hospitalaria Distribución de médicos en 2 equipos en espejo logrando así cuarentena preventiva cada 2 semanas. Elaboración de criterios de ingreso, criterios de egreso y protocolos de manejo clínico que se fueron adaptando de acuerdo a evidencia disponible.

La Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) aumentó su capacidad de 95 a 150 cupos Se contó con apoyo de pediatría, cirugía y pabellones Derivación de pacientes Covid desde mayo al Hospital metropolitano (Hosmet). Resultados (al 10 de julio):

1184 pacientes atendidos, 208 fallecidos, 797 egresos entre altas y traslados.

Alrededor de 1500 traslados internos (entre unidades y distintas salas).

**CONCLUSIONES:** La formación de una estructura institucional para la gestión de la pandemia (Comité Covid) ha sido un pilar fundamental para la organización y desarrollo de las acciones diarias en el quehacer hospitalario. La identificación temprana de pacientes con manifestaciones graves ha permitido tratamientos de apoyo optimizados inmediatos y un ingreso (o derivación) seguro y rápido a la unidad de cuidados intensivos de acuerdo con los protocolos. Una UHD de alta capacidad y el vínculo con Hosmet permite mantener una dotación de camas disponibles para evitar el colapso. Pese a la subestimación de la magnitud de la pandemia emanada desde las autoridades ministeriales y la falta de lineamientos claros, los servicios, aunque sobre exigidos, han logrado mantener la atención adecuada durante la pandemia de SARS-Cov2.



## TL 200 - DUCTO BILIAR EVANESCENTE: UN SÍNDROME PARANEOPLÁSICO INFRECUENTE EN PACIENTES CON LINFOMA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Böhm, Pauline<sup>1</sup>; Calderara, Gabriela<sup>2</sup>; Jerez, Joaquín<sup>3</sup>; <sup>1</sup> Residente de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile; <sup>2</sup> Interna de 6º Medicina, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile; <sup>3</sup> Medicina Interna Hospitalaria, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las causas de colestasia en pacientes con linfoma pueden ser variadas, siendo las más frecuentes la infiltración del parénquima hepático, obstrucción de la vía biliar extrahepática secundaria a adenopatías o como efecto adverso de tratamiento. El síndrome de ducto biliar evanescente es un fenómeno paraneoplásico infrecuente a tener en cuenta.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de sexo femenino de 73 años, sin antecedentes mórbidos, refiere aparición en octubre de 2019 de adenopatía inguinal izquierda de 2 cm, que en un período de 2 meses aumenta considerablemente de volumen, agregándose edema de extremidad inferior ipsilateral. Se realiza ecotomografía que confirma presencia de conglomerado adenopático inguinal y biopsia excisional en junio 2020, con informe pendiente.

Paciente comienza con diarrea, vómitos, dolor abdominal difuso e ictericia súbita asociada a prurito. Niega fiebre, acolia, coluria ni síntomas B. Al laboratorio de ingreso destaca hemoglobina en 12.9 g/dL, recuento de leucocitos en  $12 \times 10^3/\text{mm}^3$ , VHS 41 mm/h, bilirrubina total de 10.19 mg/dL, bilirrubina directa en 9.55 mg/dL, fosfatasas alcalinas en 316 U/L y gamma glutamil transferasa en 329 U/L, con transaminasas dentro de rango normal, sin otros hallazgos. Como estudio etiológico se realiza colangiografía magnética sin evidencia de coledocolitiasis y serología con AMA, ASMA y ANA negativos e inmunoglobulinas dentro de rango normal. En este contexto, paciente se hospitaliza por síndrome icterico progresivo, con bilirrubina total que asciende hasta 18 mg/dL de predominio directo sin factor obstructivo extrahepático ni autoinmune, probablemente secundario a un síndrome de ductopenia progresiva en contexto de síndrome linfoproliferativo conocido, con inmunohistoquímica rescatada durante la hospitalización que resulta compatible con linfoma de Hodgkin clásico tipo esclerosis nodular etapa IV. Se inicia quimioterapia con esquema AVD con disminución importante de colestasia.

**DISCUSIÓN:** La ictericia es un síntoma infrecuente en linfomas, sin embargo, puede preceder la aparición de la sintomatología clásica de esta neoplasia hematológica. Así, resulta necesario incluir esta patología en el diagnóstico diferencial de la colestasia intrahepática.

El síndrome de ducto evanescente es una entidad que consiste en la desaparición de los conductos biliares intrahepáticos de mediano y pequeño tamaño, que en reportes de casos se ha asociado más frecuentemente a linfoma de Hodgkin. Los elementos que permiten definir el diagnóstico son la elevación persistente de bilirrubina y fosfatasas alcalinas, la ausencia de evidencia clínica o serológica de colangitis biliar primaria, colangitis esclerosante o enfermedad injerto contra huésped, y una biopsia hepática con disminución de los ductos biliares. Su tratamiento oportuno es esencial, ya que habitualmente se caracteriza por ser progresiva y puede evolucionar inclusive con falla hepática aguda.



## TL 201 - SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON VÁRICES GÁSTRICAS SOMETIDOS A ESCLEROTERAPIA ENDOSCÓPICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO ENTRE LOS AÑOS 2016 Y 2020.

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Paula Valentina Melgarejo Ramírez (1), Eduardo Ignacio Lynch Bastías (2), Fernanda Belén Bustamante Bahamonde (2), Patricio Tomás Ortega Barría (2), Francisca Andrea Veloso Cofré (2), Francisca Antonia Díaz González (2), Mirko Alejandro Guzmán Tapia (2), Rogelio Alfonso Parra Venegas (2), Diego Alberto San Martín Rodríguez (3); (1) Becada de Medicina Interna, Universidad de Concepción, Concepción; (2) Estudiantes de Medicina de la Universidad de Concepción, Concepción; (3) Gastroenterólogo, Hospital Las Higueras, Talcahuano.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las várices gástricas son una manifestación de hipertensión portal, describiéndose hasta un 15-25% de prevalencia. Cuando se accidentan, frecuentemente presentan sangrado masivo con una importante mortalidad asociada durante las primeras 6 semanas. Comparativamente, esta mortalidad es mucho mayor a la reportada para várices esofágicas. En Chile no existen estudios sobre supervivencia de varices gástricas a pesar de que la cirrosis hepática (CH) se encuentra entre las primeras diez causas de muerte del país. El objetivo de este estudio es determinar la supervivencia de pacientes con várices gástricas sometidos a escleroterapia en un hospital público.

**MÉTODO:** Estudio analítico de corte longitudinal, tomando como base a 12 pacientes portadores de várices gástricas que fueron sometidos a escleroterapia endoscópica, durante el período de marzo del 2016 a julio del 2020. Los datos se recopilaron desde la ficha electrónica y registro civil. Se realizó un análisis multivariado de los datos y se utilizó el estimador de supervivencia de Kaplan-Meier en SPSS®.

**RESULTADOS:** La edad promedio de los pacientes fue de  $70 \pm 12.06$  años. El 66.7% (n=8) fueron hombres, con edad promedio de  $66,5 \pm 11.04$  años (rango etario 50-87 años), mientras que en mujeres fue de  $77 \pm 12.30$  años (rango etario 64-88 años). Se observó que un 50% (n=6) de ellos usaba profilaxis con  $\beta$ -bloqueadores, y el 16.6% (n=2) usaba aspirina de forma crónica.

Respecto de la mortalidad, al término del estudio un 50% (n=6) de los pacientes había fallecido. Un 25% (n=3) falleció dentro del primer mes (2/3 fallecieron dentro de la primera semana). El otro 25% (n=3) falleció entre el 5 y 7 mes. Todos los fallecidos presentaron edad mayor a 60 años con rango etario de 61 a 88 años. Un 50% (n=3) de los fallecidos fueron mujeres. Respecto a las causas del fallecimiento, el 50% (n=3) fue por hemorragia secundaria a várices gástricas, mientras que los restantes por complicaciones derivadas de CH.

Al analizar la tasa de sobrevida, se obtuvo una sobrevida global a la primera semana de del 83.3% (n=10), que disminuyó a 75% (n=9) al tercer mes. En los meses 5 y 7 fueron censurados 2 pacientes por su ingreso reciente a la serie, por lo que la supervivencia al sexto y duodécimo mes fue de 50% (n=5) y 40% (n=4), respectivamente.

**CONCLUSIÓN:** La tasa supervivencia de la muestra estudiada es baja, siendo inferior a la observada en la literatura internacional. De los decesos, el 50% de los fallecidos lo hicieron dentro del primer mes, siendo por causa directa en relación a su enfermedad de base. No se observó predominio de sexo, pero sí de edad, siendo mayor en pacientes mayores de 60 años.



## TL 202 - ASOCIACIÓN DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA CON ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE, A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Böhm, Pauline<sup>1</sup>; Calderara, Gabriela<sup>2</sup>; Jerez, Joaquín<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Residente de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Interna de 6º Medicina, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las anemias hemolíticas autoinmunes (AHAI) corresponden a un grupo de patologías infrecuentes y heterogéneas, caracterizadas por la destrucción de glóbulos rojos por la presencia de anticuerpos fríos o calientes. Este último grupo se caracteriza por la unión de inmunoglobulinas policlonales a antígenos en la membrana de los eritrocitos. Se denominan anticuerpos calientes, ya que este proceso ocurre a cualquier temperatura, sin embargo, alcanza un máximo a los 37°C. La presentación clínica es variada en términos de edad de presentación, severidad y complicaciones asociadas.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 56 años, con antecedentes de hipotiroidismo, artrosis y obesidad, consultó por cuadro de tres meses de evolución de disnea progresiva hasta mínimos esfuerzos. Al ingreso se pesquió anemia moderada macrocítica con LDH elevada e hiperbilirrubinemia indirecta, sin alteración de otras líneas celulares, con VCM 130 fL. En contexto de compromiso respiratorio se realizó AngioTAC de tórax con hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar de evolución aguda y subaguda con compromiso segmentario y subsegmentario. Se realizó diagnóstico diferencial de anemia macrocítica con TSH en límite superior normal, folato normal, B12 en límite inferior, con homocisteinemia normal. Al frotis destacó presencia de eritroblastos, esferocitosis e inclusiones de Howell Jolly. Dado índice reticulocitario elevado, haptoglobina baja y Coombs directo +++ (AntiC3 + , Anti IgG + +++), se interpretó como AHAI por anticuerpos calientes. Se realizó estudio de causas secundarias, con serologías VHB no reactiva (NR), VHC NR, VIH NR, TAC de tórax, abdomen y pelvis con nódulo sólido pequeño de 6 mm en lóbulo superior derecho, sin hallazgos sugerentes de neoplasia, y estudio reumatológico con panel ANA (-), ANCA (-), factor reumatoideo <10 UI/mL, anticuerpos anti-CCP (-), anticardiolipina (-), anti-beta-2-glicoproteína-1 (-), anticoagulante lúpico (-) y electroforesis de proteínas en sangre sin peaks monoclonales. Se inició terapia corticoidal sistémica con plan de completar 3 semanas previo a reevaluación y terapia anticoagulante.

**DISCUSIÓN:** La anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes se asocia a mayor riesgo de enfermedad tromboembólica, con un riesgo absoluto de 15 a 30%, que persiste pese a ajuste por riesgo tromboembólico (score de Padua). En guías clínicas internacionales, se recomienda trombopprofilaxis a todos los pacientes hospitalizados sin contraindicación, así como a los pacientes ambulatorios con hemólisis marcada, en particular aquellos con otros factores de riesgo de enfermedad tromboembólica. En el paciente estudiado, dado el período de tres meses hasta el ingreso y el deterioro clínico asociado al evento tromboembólico, parece clara la asociación. Cabe recalcar la importancia del diagnóstico precoz de manera de prevenir complicaciones tromboembólicas, y la necesidad de considerar el riesgo tromboembólico al momento del diagnóstico, lo cual permitió en este caso el diagnóstico y tratamiento oportunos.



## TL 203 - TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA MÚLTIPLE EN PACIENTE COVID-19: MANIFESTACIÓN INUSUAL

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Sepúlveda, Claudio<sup>1</sup>; Rodríguez, Javier<sup>2</sup>; Urrutia Cristián<sup>2</sup>; Valdés Felipe<sup>2</sup>; Araya Fernanda<sup>3</sup>; Naranjo Antonia<sup>3</sup>; González Ximena<sup>4</sup>. Becado Medicina Interna, Modalidad CONACEM, Hospital el Pino, San Bernardo;<sup>1</sup>Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad Andres Bello, Santiago de Chile;<sup>2</sup>Estudiante de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad Andres Bello, Santiago de Chile;<sup>3</sup>Estudiante de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago de Chile<sup>4</sup>.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** A fines del 2019, el primer caso detectado de sars-cov-2 dio inicio a lo que sería una de las pandemias más grandes vistas en el último tiempo, que ha producido miles de muertes a nivel mundial. los eventos tromboticos venosos pueden desencadenarse de forma aguda en pacientes covid severo en un 25% y pueden presentarse en un 83% de forma bilateral en miembros inferiores. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre 84 años, sin antecedentes mórbidos, tabaquismo activo; consulta por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por desorientación progresiva, congestión nasal y tos seca. al examen físico presenta crépitos bibasales, sin edema de extremidades. al laboratorio destaca dímero d 2.56 mg/l y ferritina 595 ng/ml. se realiza tomografía computarizada de tórax compatible con neumopatía multifocal bilateral por sars-cov-2, por lo que se decide realizar una reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa con resultado negativo, con posterior confirmación diagnóstica mediante anticuerpos igm sars-cov-2.ingresa a unidad de cuidados intensivos requiriendo oxígeno suplementario mediante cánula nasal de alto flujo, enoxaparina en dosis anticoagulante y manejo de soporte; se traslada a unidad de terapia intermedia en donde se instala línea arterial sin complicaciones. presenta episodio de hematuria macroscópica, siendo evaluado por urología, quienes descartan patología tumoral y litiásica como causa; una vez resuelta se reanuda la anticoagulación. posteriormente, comienza con edema y hematoma en miembro superior derecho, por lo que se realiza ecotomografía doppler compatible con trombosis venosa profunda (tvp). es trasladado a unidad médico-quirúrgico, donde presenta clínica compatible con tvp en ambas extremidades inferiores, confirmando su diagnóstico mediante ecotomografía doppler. se realiza traslape a anticoagulantes orales con buena respuesta clínica, por lo que se decide alta médica con terapia anticoagulante.**DISCUSIÓN:** Es conocido y cada vez más investigado que la enfermedad por sars-cov-2 puede precipitar, e incluso se puede presentar como un evento tromboembólico, evidenciado a través de autopsias y diversos reportes de casos que dan cuenta de un anormal estado protrombótico. en un estudio, a través de autopsias realizadas a pacientes fallecidos por covid-19, se encontró una alta incidencia de tvp; en todos los casos de forma bilateral. pese a que el mecanismo por el cual se establece la tvp en los pacientes con covid-19 no está del todo esclarecido, se ha planteado un estado de hipercoagulabilidad específica de la enfermedad. estudios recientes han demostrado que, pese a la anticoagulación, existe un estado hipofibrinolítico con capacidad de generación de trombina inalterada. niveles elevados de dímero d y fibrinógeno durante la hospitalización se han asociado a peores resultados y muerte. la prevención y tratamiento de dichos eventos tromboembólicos sigue siendo un desafío dada la falta de estudios formales. este caso contribuye a la evidencia acerca de las complicaciones asociadas al covid-19, y la atención que estas necesitan. aún se requiere mayor evidencia acerca de la mejor opción terapéutica.



## TL 205 - USO DE FOTOQUIMIOTERAPIA CON PSORALENO PREVIO RADIACIÓN ULTRAVIOLETA A PARA MANEJO DE MICOSIS FUNGOIDE TIPO ALIBERT-BAZIN: REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Arregui Lehuedé, Isidora 1; Alegría Madariaga, América 2; Caro Benado, Alberto 2; Galindo Pfeng, Sebastián 2; Henríquez Valdés, Rocío 2; Humeres Baeza, Sebastián 2; Olea Rivera, María José 2; Rivera Ortiz, Jaime 2; 1 Médico General, Clínica Dávila, Santiago, Chile; 2 Interno de Medicina, 7mo año, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La Micosis Fungoide es el tipo más común de linfoma cutáneo de células T. Se manifiesta como parches eccematosos en el tronco y extremidades, y se puede acompañar de atrófia cutánea. Suele aparecer entre los 50-60 años, tiene una incidencia baja, alrededor de 0.36 casos por un millón de habitantes, variable geográficamente y es más frecuente en hombres, principalmente en afroamericanos. Debido a su clínica insidiosa e inespecífica, presenta un tiempo medio de diagnóstico de 4 años. Se incluye en la clasificación WHO-EORTC, en donde entre los linfomas de células T, se distinguen 3 entidades: Micosis fungoide tipo Alibert-Bazin, variantes de micosis fungoide, y la más severa, el Síndrome de Sézary. El tratamiento puede ser tópico y/o sistémico dependiendo de la extensión de las lesiones. La fotoquimioterapia con psoraleno previo a radiación ultravioleta A (P.U.V.A) destaca por su amplio uso y seguridad. Se presenta este caso clínico con el objetivo de exponer las manifestaciones clínicas y la eficacia del uso de P.U.V.A en su tratamiento.

**INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE:** Mujer blanca de 58 años, hipertensa y diabética en tratamiento. Consulta luego de 10 años, por crecimiento de 3 parches descamativos no eritematosos en tronco y glúteo, de 4 a 5 centímetros de diámetro mayor (<10% de la superficie corporal), sin otros síntomas. Se solicita biopsia, que demostró la presencia de una dermatosis linfocitaria atípica concordante con linfoma cutáneo de células T CD4 positivas. Se hace diagnóstico de micosis fungoide clásica o de Alibert-Bazin, y se indican -debido a la superficie corporal comprometida y ausencia de afectación sistémica- corticoides tópicos por 3 meses. Sin embargo, por la persistencia de las lesiones, se decide iniciar P.U.V.A en monoterapia. Luego de 5 meses de tratamiento se consigue la remisión clínica de las lesiones, sin aparición de efectos adversos durante su curso.

**DISCUSIÓN:** La micosis fungoide, pese a su baja incidencia, presenta altas tasas de subdiagnóstico, lo que trae consigo una progresión a estadios más severos, llegando incluso a requerir quimio o radioterapia.

La P.U.V.A consiste en la aplicación luz ultravioleta A (UVA) junto a un psoraleno, generalmente metoxaleno, administrado por vía oral u tópica. Esto, genera una respuesta inflamatoria manifestada por eritema fototóxico retardado (72-96 horas post terapia), el cual varía según la dosis e intensidad de la luz UVA. Sus indicaciones de uso son principalmente la psoriasis y los linfomas cutáneos T.

Diferentes series reportan efectos secundarios en su uso, siendo el más frecuente el prurito (7%), seguido por náuseas, fotosensibilidad y otras menos frecuentes, como el carcinoma escamocelular y basocelular.

Finalmente, el uso de P.U.V.A debe ser considerado como tratamiento de primera línea incluso en etapas tempranas de linfomas cutáneos T. Para esto, es importante tener en cuenta que la administración de esta terapia debe hacerse bajo supervisión de un especialista, pero para la sospecha y derivación oportuna de esta enfermedad es necesario generar conocimiento y conciencia de ésta en el médico general e internista.



## TL 206 - PIELONEFRITIS XAN GRANULOMATOSA: REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Parra, Alfredo<sup>1</sup>; Ortiz-López, Nicolás<sup>2</sup>; Arancibia-Ponce, Sofía<sup>2</sup>; Chacano-Muñoz, Rodrigo<sup>2</sup>; Marimán-Catrileo, Kidel<sup>3</sup>; Cartes, Lucas<sup>2</sup>; Sotomayor, Arturo<sup>2</sup>; Pizarro, Pamela<sup>2</sup>; Segura, Paula<sup>4</sup>; Toro, Luis<sup>5</sup>; 1Becado de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Universidad de Chile; 2Interno(a) de Medicina, Universidad de Chile; 3Interno de Medicina, Universidad de La Frontera; 4Magíster en Salud Pública, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico de la Universidad de Chile; 5Doctor en Ciencias Médicas, Servicio de Nefrología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La pielonefritis xantogranulomatosa (PX) es una forma rara de pielonefritis crónica, que corresponde a una inflamación granulomatosa crónica destructiva del parénquima. Es una entidad poco frecuente, que se presenta con mayor frecuencia en mujeres de edad media. En general, se asocia con obstrucción por litiasis e infección del tracto urinario recurrente. Las complicaciones pueden incluir abscesos y fístulas. Si no se trata, la PX puede provocar infección e inflamación de los órganos circundantes o progresar a sepsis. El presente trabajo describe el modo de presentación clínica en una serie de 10 pacientes. El objetivo es comunicar una entidad poco frecuente y que plantea un importante desafío diagnóstico.

**MÉTODO:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes con diagnóstico histopatológico de PX en un hospital universitario, entre 2013 y 2019. Todos los pacientes fueron sometidos a nefrectomía.

**RESULTADOS:** Se encontró un total de 10 pacientes con diagnóstico histopatológico de PX. La totalidad de pacientes correspondió al sexo femenino, con edad media de  $46,9 \pm 14,3$  años. La mayor incidencia se encontró en la cuarta década. Dentro de las manifestaciones clínicas al ingreso, la más frecuente fue dolor lumbar (70%), seguido por compromiso del estado general, baja de peso y sepsis. El laboratorio mostró anemia en todos los casos con una media de  $10,5 \pm 1,5$  g/dL. Hubo elevación de PCR o VHS en el 80%. El 30% presentó leucocitosis. La totalidad de los pacientes presentaban creatinina sérica en valores normales. En todos los casos el compromiso fue unilateral, sin diferencias de frecuencia según lateralidad. La litiasis y el aumento del tamaño renal fueron hallazgos frecuentes al escáner. La cintigrafía renal fue realizada en el 50%, evidenciando una hipofunción relativa marcada. Todos los pacientes fueron sometidos a nefrectomía. No se presentaron complicaciones quirúrgicas. Se presentó una evolución favorable en todos los casos posterior a la cirugía.

**CONCLUSIONES:** Los hallazgos en esta serie no difieren de los cuadros habituales de PX previamente reportados. La enfermedad se presentó con dolor lumbar, síntomas constitucionales o sepsis de foco urinario. Todos los pacientes tenían antecedente de urolitiasis. Dentro de los exámenes de laboratorio destaca anemia y VHS aumentada. Ninguno de los pacientes tenía elevación de la creatinina sérica debido al funcionamiento compensatorio del riñón contralateral. El escáner de abdomen y pelvis con contraste es el examen imagenológico más adecuado ya que diferencia la masa renal y también evalúa la posible afectación de otros órganos. La certeza diagnóstica está dada por el estudio histopatológico. No hubo complicaciones en los pacientes de esta serie. La evolución de las pacientes posterior a la cirugía (nefrectomía) fue favorable en todos los casos. Hasta el conocimiento de los autores, corresponde al primer reporte de serie de casos de PX en Chile, por lo que es un aporte para facilitar el reconocimiento de esta enfermedad infrecuente en el contexto local.



## TL 208 - GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS ANCA NEGATIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Gajardo, Roberto (1); Dierlamm, Nidia (2); Bourgeois, Cristóbal (2); Chahuán, Isidora (2); Díaz, Camila (2); Castro, Jhonatan (2); (1) Residente de Medicina Interna del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. (2) Interno/a de Medicina de la Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA), ex síndrome de Churg-Strauss, se caracteriza por inflamación granulomatosa de predominio eosinofílico y vasculitis de pequeño y mediano vaso que puede afectar múltiples órganos, asociada a eosinofilia y asma. Presenta una incidencia anual de 0,9-2,4 por millón, siendo la más infrecuente de las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), con una edad promedio de presentación de 49-59 años, sin predominio por sexo. Más del 90% de los casos presenta asma bronquial, la que precede 5 a 9 años a la fase vasculítica de GEPA.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 54 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, asma bronquial diagnosticada hace 7 años y hospitalización el 2019 por síndrome nefrótico secundario a nefropatía membranosa en tratamiento inmunosupresor. Consulta por cuadro de 1 día caracterizado por dolor urente en extremidades inferiores (EEII) de inicio insidioso e intensidad progresiva, asociado a prurito intenso y lesiones violáceas en EEII. Se constatan signos vitales sin alteraciones y lesiones purpúricas palpables, confluentes y dolorosas desde rodillas hacia distal. Al laboratorio destaca deterioro de su función renal, hematuria microscópica y proteinuria en rango no nefrótico. Se decide hospitalización para estudio y manejo. Se detecta leucocitosis con predominio eosinofílico de 45% (8.289/ul) y VHS 75 mm/hr. Se realiza estudio reumatológico: Factor reumatoideo 640 U/ml, complemento C3 y C4 normales y el resto negativo (ANCA por IFI y ELISA, ANA, IgG anti sdDNA, ASO, anti-MBG y crioglobulinas). Se solicita tomografía computada (TC) de tórax que informa derrame pleural derecho moderado e izquierdo leve y áreas en vidrio esmerilado peribroncovasculares con mayor compromiso de lóbulo superior derecho. Se complementa estudio con TC de cavidades paranasales que muestra inflamación pansinusal con signos sugerentes de cronicidad y perforación de septum nasal (SN). Dado hallazgos, se efectúan biopsias de mucosa del SN y de piel que muestran proceso inflamatorio crónico granulomatoso rico en eosinófilos. Se realiza diagnóstico de GEPA, por lo que se inician glucocorticoides en dosis altas, evolucionando favorablemente con mejoría de función renal y lesiones purpúricas.

**DISCUSIÓN:** El caso descrito es compatible con GEPA según los criterios diagnósticos del Colegio Americano de Reumatología y Lanham, manifestándose con asma de inicio tardío, eosinofilia periférica y afectación cutánea, renal y respiratoria. Destaca el desarrollo de una enfermedad de escasa frecuencia sobre una nefropatía membranosa primaria de base y la perforación de SN, siendo principalmente descrita en granulomatosis con poliangeítis y no en GEPA. Si bien se ha reportado que un 30-47% de los GEPA presenta ANCA positivos, su negatividad no descarta el diagnóstico; incluso, se ha descrito diferente predominio de órganos afectados y alteraciones genéticas entre GEPA ANCA positivo y negativo. Su tratamiento se basa en el uso de glucocorticoides asociado o no a inmunosupresores, logrando la remisión en la mayoría de los casos, con una sobrevida favorable.



## TL 209 - PREVENCIÓN PRIMARIA DE MUERTE SÚBITA EN PACIENTE JOVEN CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA, REPORTE DE CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Ballesteros, Ismael<sup>1</sup>; Varleta, Paola<sup>2</sup>; Clericus, Barbara<sup>2</sup>; Pereira Gonzalo<sup>3</sup>; Becado Medicina Interna, Cardiología Hospital Dipreca, Universidad Diego Portales<sup>1</sup>; Cardióloga, Unidad de Cardiología, Hospital Dipreca<sup>2</sup>. Radiólogo, Hospital Dipreca<sup>3</sup>

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La Miocardiopatía hipertrófica (MCH) se caracteriza por un aumento del grosor de la pared ventricular sin causa de sobrecarga, esto confiere un alto riesgo muerte súbita de origen cardíaco (MSC) en pacientes jóvenes. La estratificación del riesgo de MSC es un desafío en la valoración de riesgo vs beneficio de la indicación de un desfibrilador automático implantable (DAI). La Resonancia magnética (RNM) con realce tardío con gadolinio (RTG) es un estudio que permite identificar pacientes con mayor riesgo de MSC en los que la indicación no es clara, para instalación de DAI como prevención primaria.

**CASO CLÍNICO:** Paciente varón de 16 años, con diagnóstico de MCH no obstructiva, en valoración desde los 8 meses por soplo cardíaco; en tratamiento con betabloqueador. Dirigidamente niega síntomas. Al examen físico destaca soplo meso sistólico G III/VI en foco aórtico.

En estudio de ecocardiograma transtorácico (TT) de hace 2 años se describe MCH asimétrica no obstructiva, grosor Septal (GS) de 25mm, Fracción de eyección del ventrículo izquierdo FEVI: >60. Se actualizo de ecocardiograma TT observándose MCH no obstructiva con severa GS de 34mm, posterolateral de 16mm, con FEVI: 58%. Holter de Ritmo sin alteraciones. Se calculó score de riesgo MSC de 3,79% (bajo riesgo). Con estos antecedentes se solicita RNM cardíaca para completar estudio de estratificación de riesgo La RNM cardíaca con gadolinio detecta MCH asimétrica con pared septal de 33mm con compromiso del VD, FEVI de 61% con fibrosis miocárdica de 33% de la masa del VI. Con todos los antecedentes y resultados, se decide en reunión de cardiología colocación de DAI como prevención primaria de muerte súbita.

**DISCUSIÓN:** La presentación de la MCH es muy heterogénea y abarca desde el diagnóstico incidental asintomático hasta la muerte cardíaca súbita. Predecir lo que ocurrirá en el futuro siempre es difícil, y aún más en una enfermedad poco común como la MCH.

La RMC se ha convertido en una herramienta de diagnóstico importante en la enfermedad miocárdica. El grado de RTG en estudios transversales se han asociado con factores de riesgo establecidos de muerte súbita. Dos estudios han evaluado RTG como un predictor de eventos de muerte súbita en cohortes más grandes. Chan et al, estudiaron prospectivamente a 1293 pacientes, de los cuales 20 (1,5%) murieron repentinamente o sobrevivieron a un paro cardíaco y 17 (1,3 %) tuvieron una descarga adecuada del DAI durante una mediana de 3,3 años. La afirmación más importante en el estudio de Chan et al, es la capacidad de la RMC para identificar pacientes que son clasificados como de bajo riesgo con los métodos actuales pero que en el seguimiento desarrollan eventos. El riesgo de MSC aumentó sustancialmente en el rango de cantidades de RTG, con RTG  $\geq 15\%$  de MV, confiere un riesgo > 2 veces mayor en pacientes considerados de otro modo de bajo riesgo.

El caso presentado se evidenció una hipertrofia septal severa de 34mm por ecocardiograma y en la RNM mostró una MCH asimétrica con área de fibrosis del 33% MV; describe un sustrato para el desarrollo arritmias ventriculares fatales justificando así la decisión de instalar DAI.



## TL 210 - DESAFÍO TERAPÉUTICO EN PACIENTE CON ESPONDILOARTRITIS HLA-B27 Y UVEITIS PERSISTENTE.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Arroyo, Antonio<sup>1</sup>; Chassin-Trubert, Anne-Marie<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Universidad de Santiago de Chile. <sup>2</sup>Reumatóloga, Complejo Hospitalario San José, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La uveítis es la inflamación del tracto uveal y/o de sus estructuras adyacentes. Se clasifica anatómicamente en uveítis anterior, intermedia, posterior y panuveítis. Las infecciones y las enfermedades autoinmunes forman parte de sus causas. En las espondiloartritis, la uveítis es la manifestación extraarticular más frecuente y su tratamiento incluye corticoesteroides, inmunosupresores y/o agentes biológicos.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 38 años con antecedentes de obesidad, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, portadora de espondiloartritis HLA-B27 con uveítis de ojo izquierdo (OI), inicia el año 2012 tratamiento con metotrexato 15 mg (miligramos) semanales, sulfasalazina 1.5 gramos/día y glucocorticoides tópicos y sistémicos. El 2014 se adiciona azatioprina 100 mg/día y posteriormente leflunomida 20 mg/día persistiendo con uveítis. Se aumenta metotrexato hasta 20 mg/semanales, con mala respuesta. Se procede a enucleación de OI por uveítis sinequante. Evoluciona posteriormente con uveítis de ojo derecho (OD). Se realiza prueba cutánea de la tuberculina (PPD): 16 mm y se inicia quimioprofilaxis para tuberculosis (TBC) latente. El 2015 se repite PPD: 17 mm (milímetros), manteniéndose isonacida 300 mg durante 18 meses. El 2016, por persistencia de uveítis OD, recibe tratamiento para TBC ocular con dosis fija combinada. La baciloscopia y los cultivos en expectoración son negativos y la radiografía de tórax normal. Se realiza quantiferon-TB que resulta negativo, por lo que se suspende terapia anti-TBC tras un mes de tratamiento, considerándose efecto booster del PPD. Se inicia terapia biológica con adalimumab asociado a ciclosporina 150 mg/día, ya que continúa con uveítis OD. El 2017 se realiza nuevo PPD: 25 mm y se decide repetir quimioprofilaxis con isoniacida durante 6 meses, pero continúa con actividad ocular, por lo que el 2018, se cambia terapia biológica a secukinumab, manteniendo altas dosis de prednisona. Por respuesta insuficiente, el 2019 se decide nuevo cambio de terapia iniciándose infliximab, el cual se debe suspender por reacción anafiláctica, manteniéndose con prednisona 80 mg/día, corticoterapia tópica e inyección intraocular de triamcinolona. En febrero 2020, se decide iniciar terapia de rescate con tocilizumab 162 mg semanales, con lo cual ha tenido respuesta parcial hasta la fecha. Se replantean diagnósticos diferenciales por respuesta insuficiente a múltiples esquemas inmunosupresores.

**DISCUSIÓN:** Este caso permite plasmar la complejidad de las decisiones terapéuticas en el manejo de enfermedades autoinmunes, las que pueden presentarse de formas inusuales y/o confundirse con procesos infecciosos. En las espondiloartritis la uveítis anterior es la más frecuente, no así la panuveítis, además, la insuficiente respuesta a múltiples terapias inmunosupresoras hace replantearnos el diagnóstico etiológico. Por otra parte, la TBC es una causa de panuveítis, 3 PPD positivos hacen considerar el diagnóstico presuntivo de TBC ocular de forma retrospectiva. Se debe continuar con el proceso diagnóstico en forma dinámica, agotando los recursos para el estudio de diagnósticos diferenciales.



## TL 211 - MORTALIDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA COVID-19 EN UNIDADES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN CHILE

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Barrera, Manuel 1; Sanhueza, Matías 1; Kara, Fernanda 2; Cerda, Tomás 2; Noguera, Matías 2; Cabrera, José 2; Aracena, Ismael 2; Babún, Sofía 2; Mella, Antonia 2; Ross, Patricio 1. (1) Programa de Postgrado de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. (2) Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La tasa de mortalidad de los pacientes hospitalizados por COVID-19 ha sido uno de los principales focos de atención de los sistemas sanitarios. Las tasas más confiables provienen de pacientes ingresados a unidades de paciente crítico. Sin embargo, existe poca información acerca de la mortalidad en pacientes que se presentan con neumonía de baja o mediana gravedad. Por ello, creemos que es importante conocer la realidad a nivel nacional y tener datos de referencia locales que puedan aportar en la planificación sanitaria futura.

**MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo, de una cohorte no concurrente. Se incluyeron pacientes ingresados entre el 5 de mayo y el 19 de Julio de 2020, en unidades de baja y mediana complejidad de un hospital privado de Santiago, con diagnóstico confirmado de SARS-CoV 2 mediante reacción de polimerasa en cadena (PCR). Se obtuvieron datos de mortalidad desde certificados de defunción emitidos por el Servicio de Registro Civil hasta 30 días post-alta. Resultados: Se reclutaron 546 pacientes, de los cuales el 45.2% fueron mujeres, y el 70.88% ingresó a una unidad de baja complejidad. Fallecieron 46 pacientes (tasa de mortalidad de 8.42%), cuya edad promedio fue de 81 años (versus 61 años en los no fallecidos). El 9% de los hombres y el 7.7% de mujeres resultaron fallecidos, respectivamente. El 100% de las muertes ocurrió durante su estadía hospitalaria y todas fueron relacionadas directamente con la infección por SARS-CoV-2. La estadía promedio de los fallecidos fue de 14 días (versus 9 días en los no fallecidos). El 10.87% de los pacientes falleció en mayo, 54.35% en junio y 34.78% en Julio. Cabe destacar que la terapia corticoidal se incluyó en los protocolos institucionales desde la primera semana de junio, y la mayor demanda asistencial ocurrió en igual periodo.

**CONCLUSIONES:** La tasa de mortalidad global fue más elevada que la reportada en estudios asiáticos para pacientes no críticos, sin embargo, esta tasa estuvo condicionada por el tiempo transcurrido. En mayo fue mucho más baja que en junio. Los más afectados fueron los pacientes con edad avanzada, no así los de sexo masculino, lo que discrepa de otros reportes internacionales. Todas las muertes se relacionaron directamente con la enfermedad por COVID-19 y ocurrieron durante la hospitalización, lo que hace suponer una ausencia de complicaciones precoces graves después del alta. El mayor porcentaje de muertes se concentró en junio, coincidiendo con el peak de la pandemia y la saturación del recurso físico y humano, lo que pudo aplacar el eventual impacto del uso de corticoides sobre este desenlace.



## TL 212 - INFECCIÓN LOCAL POR NOCARDIA CON PROGRESIÓN A ENFERMEDAD DISEMINADA PULMONAR.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Barrera, Manuel 1; Babún, Sofía 3; Kara, Fernanda 3; Aracena Ismael 3; Navarro, Renato 3; Polanco, Victoria 3; Gándara, Vicente 3; De la Maza, Simón 2. (1) Programa de Postgrado de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. (2) Servicio Medicina Interna, Hospital Sótero del Río. (3) Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La Nocardiosis es una infección diseminada poco común, causada por bacilos grampositivos de la familia Actinomycetaceae, específicamente del género Nocardia. Esta bacteria, la cual puede observarse en ramificaciones parcialmente ácido-resistentes, no es parte de la flora comensal del ser humano, y se encuentra en su mayoría en suelos y materia orgánicas. La nocardiosis es considerada infección oportunista, con rápida capacidad de diseminación a tejidos y alta tasa de recaídas a pesar del tratamiento adecuado. Suele presentarse en pacientes usuarios de terapia corticoidal.

**CASO CLÍNICO:** Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino de 70 años; con antecedentes de granulomatosis con poliangeitis, enfermedad renal crónica etapa V en hemodiálisis, hipertensión arterial y usuario crónico de corticoides. Acude al servicio de urgencias tras un golpe accidental con martillo en muslo mientras trabajaba con madera en carpintería, dos semanas previo a la consulta. Consulta una semana después por cuadro de dolor, impotencia funcional y sensación febril cuantificada hasta 37.5°C. Es ingresado a pabellón con sospecha de rotura de tendón del cuádriceps. Intraoperatorio se observa colección en recto femoral de la cual se toma cultivo, resultando positivo para Nocardia spp. Se solicita tomografía axial computada de tórax y de cerebro para descartar enfermedad diseminada. En imagen torácica se observaron opacidades nodulares pulmonares bilaterales, de probable etiología infecciosa; sin lesiones cerebrales. Se realiza cultivo corriente de expectoración, resultando positivo para Nocardia spp, PCR SARS CoV 2 negativa y panel viral por IFD negativo. Hemocultivos sin desarrollo de bacterias. Se inicia terapia asociada con imipenem y cotrimoxazol endovenosos, ajustados por función renal. Completa 28 días con buena respuesta, cultivo de expectoración intratratamiento negativo. Se decide alta a domicilio con cotrimoxazol 800/160 mg, con plan de completar 6 a 12 meses de tratamiento.

**DISCUSIÓN:** El género de bacterias Nocardia spp es una causa poco frecuente de infección diseminada, difícil de manejar y con alta mortalidad asociada. A pesar de que se presenta con mayor frecuencia en pacientes inmunocomprometidos, hasta un tercio de los pacientes pueden no tener alteraciones de la inmunidad. En relación al caso clínico presentado, destaca un paciente con factores importantes de inmunosupresión, que a través de una solución de continuidad presenta contacto con madera, siendo esta la puerta de entrada y fuente de infección más probable. La Nocardiosis es una infección de difícil manejo, dado los mecanismos de resistencia a Trimetoprim/sulfametoxazol, sumado a las distintas susceptibilidades a otros antimicrobianos según especie, la cual no es posible determinar en todos los laboratorios. El tratamiento en estos pacientes debe ser prolongado, llegando incluso a 12 meses en inmunocomprometidos o en casos de compromiso del sistema nervioso central, y presenta altas tasas de recaída a pesar de adherencia adecuada.



## TL 213 - BICITOPENIA EN PACIENTE CON ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Gazmuri, José1; González, Javier2; Vargas, Sebastián2; Wietstruck, María3; Campbell, James4; (1)Residente de Hematología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile;(2)Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile;(3)Hematóloga, Sección Hemato-Oncología, Departamento de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile; (4)Hematólogo, Departamento de Hematología-Oncología, División Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de células falciformes (ECF) es una entidad que agrupa distintas condiciones, donde el elemento central es la presencia de Hemoglobina S (HbS) por mutaciones del gen codificante para la subunidad beta. La HbS tiende a la polimerización frente a ciertos contextos, lo cual genera formación de drepanocitos. Esta configuración permite que se produzcan fenómenos vaso-oclusivos, así como hemólisis intravascular, lo que clínicamente se manifiesta como episodios de dolor agudo y anemia, entre otras complicaciones.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente masculino, 21 años. Antecedente de ECF diagnosticada a los 7 años, con mala adherencia a tratamiento con hidroxiurea. Hospitalizaciones frecuentes por crisis de dolor de origen vaso-oclusivo, una de ellas en contexto de Tromboembolismo Pulmonar. Se hospitaliza en Julio/2020 por dolor de difícil manejo. Al ingreso destaca anemia normocítica leve (Hemoglobina (Hb): 12.8 g/dL), Reticulocitos: 5.5%, elevación de Lactato Deshidrogenasa (LDH) e hiperbilirrubinemia. Pruebas de coagulación, función hepática, renal, y radiografía de tórax normales. Si bien el dolor resuelve rápidamente, evoluciona con fiebre, progresión de anemia (Hb: 9.3 g/dL) y laboratorio compatible con hemólisis (LDH: 1673 U/L, Bilirrubina Total: 3.42 mg/dL, Haptoglobina: 10.4 mg/dL) además de trombocitopenia progresiva hasta 13.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>. En estudio destaca coagulopatía con prolongación de Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada (TTPA) 52.5 segundos que corrige con test de mezcla, tiempo de protrombina 61% y marcada elevación de dímero D (64342 ng/mL), con fibrinógeno normal (431 mg/dL). Recibe soporte transfusional y tratamiento antibiótico empírico. Se descarta síndrome hemofagocítico con laboratorio incluyendo receptor soluble de interleukina-2 normal (522 U/mL), y crisis de secuestro esplénico (tamaño de bazo estable respecto a estudios previos). Mejoría de hemograma permite descartar necrosis medular aplásica. Finalmente, se plantea diagnóstico de Coagulación Intravascular Diseminada (CID) secundaria a crisis vaso-oclusiva. Paciente evoluciona con mejoría progresiva de parámetros hematológicos y elevación de fibrinógeno hasta 743 mg/dL. Es dado de alta a la semana siguiente con plan de reiniciar hidroxiurea de forma ambulatoria. Control de exámenes dos semanas post alta muestra resolución del cuadro.

**DISCUSIÓN:** En pacientes con ECF, son frecuentes los episodios de anemia por hemólisis intravascular, hiperesplenismo o necrosis medular. La presencia de trombocitopenia asociada no es habitual y debe hacer sospechar otros mecanismos, como microangiopatía trombótica (MAT), linfocitosis hemofagocítica e infección. En este caso se solicitó estudio respectivo, destacando la presencia de coagulopatía por consumo sugerente de CID. La coexistencia de estas condiciones se encuentra descrita en la literatura, siendo un fenómeno poco frecuente, pero de alta gravedad, por lo que es fundamental un alto índice de sospecha para evitar complicaciones. Es una asociación a tener presente en nuestro medio ya que, dado el contexto de globalización y fenómenos migratorios, la ECF será una entidad cada vez más prevalente.



## TL 215 - DIAGNÓSTICO DE INSULINOMA DURANTE EVOLUCIÓN DE TUMOR NEUROENDOCRINO PANCRÉATICO BIEN DIFERENCIADO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Trinidad Arancibia Varela Pontificia universidad católica de Chile Santiago Caso Clínico Arancibia V, Trinidad (1); Sánchez, Sebastián (2); Aliaga, Braulio (2); Chen, Paulen (2); Yáñez, Tatiana (3); 1 Residente de Medicina interna, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile 2 Interno de medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; 3 Medicina Interna Hospitalaria, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores neuroendocrinos (NET) son un grupo heterogéneo de neoplasias poco frecuentes. La minoría de ellos evoluciona a un síndrome hormonal, clasificándose como NET funcionante. Se discute el caso de paciente con diagnóstico de NET pancreático no funcionante desarrolla un insulinoma maligno. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenino, 61 años, antecedente de NET pancreático bien diferenciado de alto grado, etapa IV con compromiso hepático y esplénico, diagnosticado el 2017. Recibió quimioterapia FOLFOX (7 meses), mantención con capecitabina (12 meses), con primera progresión manejada con Lutecio 4 dosis con lo que se estabiliza, posteriormente mantención con Lanreotide (última dosis reciente). Presenta 1 semana de síntomas neuroglucopénicos intermitentes. En control con oncólogo 4 días previo a ingreso, con glicemia de 23 mg/dL en perfil bioquímico. Se maneja hospitalizada para estudio: Test de ayuno con hipoglicemia severa sintomática hasta 26 mg/dl que revierte con solución glucosada 30%, muestra crítica informa glicemia 29 mg/dL, insulinemia 90 uUI/ml (VN<24), péptido C 5.2 ng/ml (VN<4.5), cortisol 15 ug/dL (VN<18), GH 6ng/mL (VN<8), confirmando cuadro dependiente de insulinoma. Se realiza PET Galio que muestra progresión de enfermedad predominantemente hepática, con aumento de expresión de receptores de somatostatina. Requiere manejo permanente con suero glucosado al 10%. Se decide inicio de Everolimus 10mg c/48h y Pasireotide 40mg intramuscular mensual, asociado a 5 dosis de radiocirugía estereotáctica a masa hepática, evolucionando con trombocitopenia hasta 50000, e inicialmente con hipoglicemias con necesidad de SG 20% por 3 semanas, con mejoría paulatina de control metabólico y plaquetas estables, por lo que finalmente es dada de alta. En controles con oncología, actualmente ECOG 1, con glicemias normales, se decide iniciar esquema Temozolamida-Capecitabina. **DISCUSIÓN:** El insulinoma es el NET pancreático funcionante más frecuente, con una incidencia de 1 a 4 casos por millón de habitantes al año, la mayoría esporádicos, y sólo el 10% malignos. Si bien se describen síntomas neuroglucopénicos, adrenérgicos y la Triada de Whipple, pueden manifestarse solo con hipoglucemias postprandiales severas. El gold standard para el diagnóstico es con un test de ayuno de 72h, demostrando con la muestra crítica una hipoglicemia asociada a una insulinemia inadecuadamente elevada de forma espontánea. Para su estudio suele bastar un scanner de abdomen y pelvis con contraste. El PET Galio-68 DOTATE se recomienda en la mayoría (podría predecir respuesta a algunas terapias). En caso de tumor no reseccable, son útiles técnicas ablativas, terapia molecularmente dirigida, y a veces análogos de somatostatina. Para las hipoglicemias la dieta en general es insuficiente, siendo útiles el diazoxide, terapia molecularmente dirigida, y menos los análogos de la somatostatina.

**CONCLUSIÓN:** El insulinoma podría manifestarse dentro de la evolución de un NET no funcionante. El método diagnóstico de elección es el test de ayuno de 72h, y debe complementarse con una imagen. Para los casos no reseccables, existe un amplio arsenal de terapias.



## TL 217 - FÁRMACOS ANTI TNF Y TUBERCULOSIS: UNA DUPLA DESAFORTUNADA EN LA ENF. INFLAMATORIA INTESTINAL

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Trullenque, Gabriel 1; Vergara, Pablo 1; Athens, José 1; Bustamante, Cecilia 2; Agar, Solange 3; López, Constanza 3. 1: Becado Med. Interna Universidad de Chile, 2: Médico Internista, Diabetología Hospital San Juan de Dios, 3: Médico Internista, Gastroenterología Hospital San Juan de Dios.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El advenimiento del uso de fármacos anti-TNF en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha traído consigo un aumento considerable en el riesgo de infecciones oportunistas y/o reemergentes, particularmente de aquellas como la tuberculosis (TBC). Considerando que casi 1/4 de la población mundial estaría infectada por esta micobacteria (MTB) en su estado latente, resulta perentorio analizar los test de screening recomendados y los nuevos biomarcadores postulados. Se presenta a modo de ejemplo el caso de un paciente con EII que evoluciona con TBC miliar tras inicio de Adalimumab.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 62 años con antecedentes de Enf. de Crohn y cáncer de próstata operado, alérgico a la mesalazina. Recibió inicialmente inmunosupresores pero dado progresión de la enfermedad inicia tratamiento biológico con Adalimumab hace 6 meses (Enero/20), habiéndose descartado coinfecciones virales (VIH/VHB/VHC) y TBC latente (test de tuberculina (PPD) no reactivo y radiografía de tórax normal). Derivado desde gastroenterología por cuadro de 1 mes de baja de peso de 10 kg, sudoración nocturna y sensación febril intermitente, última semana se agrega diarrea sin elementos patológicos y fiebre hasta 39°C, niega síntomas respiratorios. Exámenes de ingreso destaca anemia microcítica (hemoglobina 8.8 g/dL), linfopenia de 389/mm<sup>3</sup> con resto de diferencial normal, VHS 20 mm/hra, proteína C reactiva 120 mg/L, f. alcalina 244 U/L, gammaglutamiltransferasa 277 U/L, LDH 396 U/L y Ag. prostático específico bajo. Laboratorio infeccioso inicial negativo (hemo/uro/coprocultivos, toxina/GDH de *C. Difficile* y serologías virales VIH/VHB/VHC). Se realiza enterorresonancia que informa absceso fistulizado < 4 cms en fosa ilíaca derecha que responde inicialmente a terapia antibiótica. Se realiza TC de tórax con contraste que informa incontables nódulos pulmonares de distribución randomizada y adenopatías retrocraurales bilaterales, siendo TBC miliar principal sospecha. Se procede a realizar fibrobroncoscopia con lavado bronquioalveolar y estudio molecular (GeneXpert) que resulta positivo para MTB. Inicia tratamiento antiTBC estándar, pero fallece 1 semana después por falla multiorgánica.

**DISCUSIÓN:** Considerando que las hospitalizaciones por EII se han visto duplicadas en Chile en la última década, resulta importante tener en consideración los efectos adversos del tratamiento biológico y la reactivación de una TBC latente como un potencial revés infeccioso. Actualmente se recomienda el screening previo con PPD o pruebas de liberación de interferón gamma (IGRA), sin una preferencia definida, pero desestimando su uso simultáneo. Con mayor costo, los IGRA confieren un mayor valor predictivo positivo y riesgo relativo de tratamiento (RR) de acuerdo a los últimos metaanálisis. Pese a lo anterior, la evidencia ha demostrado que más del 70% de los pacientes que progresan a TBC resultan negativos en el screening de latencia (PPD o IGRA), siendo necesarios mejores predictores en dicha etapa. En esa línea, nuevos biomarcadores basados en otras citoquinas (ej. IL-1, 10, 17) o secuencias reguladoras del MTB (ej. DosR) surgen como opciones prometedoras aún en estudio.



## TL 218 - FALLA HEPÁTICA FULMINANTE DE ORIGEN VASCULAR: SÍNDROME DE BUDD CHIARI SECUNDARIO A UN SÍNDROME MIELOPROLIFERATIVO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Pérez R., Ignacio<sup>1</sup>; López L., María Ignacia<sup>1</sup>, Gonzalez Aspillaga, Francisca<sup>1</sup>; Bergen H., María José<sup>2</sup>; Rodriguez F., Sofía<sup>2</sup>; Stuijt G., Dominique<sup>2</sup>; Farías, Catalina<sup>3</sup>; 1 Residente de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Santiago, Chile; 2 Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Santiago, Chile; 3 Gastroenterólogo, Hospital Militar de Santiago. Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La falla hepática fulminante (FHF) resulta de un daño agudo y grave que genera disfunción de síntesis hepática definida operacionalmente por prolongación del INR > 1,5 y encefalopatía hepática. Es una patología infrecuente de alta mortalidad, requiriendo diagnóstico temprano, manejo etiológico de ser posible y terapia de soporte. Sus etiologías incluyen drogas, virus, toxinas, vasculares y embarazo, entre otras. En Chile su incidencia se desconoce, pero explica el 13-22% de los trasplantes hepáticos ortotópicos. Dentro de las causas vasculares el Síndrome de Budd-Chiari (SBC) es la obstrucción de la vena hepática de origen primario (trombosis, favorecidas por condiciones protrombóticas como neoplasias mieloproliferativas o trombofilias) o secundario (malignidad). Genera congestión sinusoidal, isquemia y necrosis hepatocelular, y requiere confirmación radiológica de obstrucción del flujo venoso hepático por métodos contrastados e invasivos para su diagnóstico. Se maneja con medidas de soporte, anticoagulación, considerando su evolución para el manejo de la obstrucción (angioplastia, stent o trombolisis), TIPS y/o trasplante hepático (TH).

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 26 años, sin antecedentes personales ni familiares, consulta por cuadro de 5 días de distensión abdominal aguda, asociado a equimosis espontánea en pared abdominal. Sin uso de fármacos, drogas ni hierbas. Al examen físico: asterixis leve, ictericia y ascitis a tensión con equimosis de pared abdominal, sin otros elementos de daño hepático crónico (DHC).

El laboratorio destaca hiperbilirrubinemia de predominio directo y elevación de transaminasas en patrón hepatocelular, prolongación del INR, MELD-Na de ingreso: 32, paracentesis diagnóstica con criterios de hipertensión portal, sin peritonitis bacteriana espontánea, hemograma con aumento de las tres series, serologías virales y estudio reumatológico negativo. AngioTAC de abdomen: signos DHC, esplenomegalia, ascitis severa y desarrollo de circulación colateral, sugerentes de SBC, confirmado con US doppler porto-mesentérica. Se inicia anticoagulación y deriva a centro con TH, donde el estudio invasivo con hemodinamia hepática confirma hipertensión y obstrucción portal. Se instala un shunt portosistémico intrahepático directo (DIPS). Evoluciona con regresión de ascitis y mejoría progresiva de función hepática, sin complicaciones, manteniendo DIPS permeable, mínima ascitis y MELD-Na de 19 a los 3 meses de alta. En búsqueda de causa secundaria, el estudio hematológico destaca mielograma negativo para leucemia, estudio molecular positivo para JAK2 V617F/G1849T y biopsia de médula ósea compatible con policitemia rubra vera (PRV).

**DISCUSIÓN:** Este caso muestra la importancia de mantener un alto índice de sospecha para FHF, dado que el AngioTAC de ingreso mostró signos de DHC, lo que podría haber restado urgencia a su evaluación y la consideración de la posibilidad de TH. Además, es relevante buscar causas secundarias en el SBC, dada sus implicancias terapéuticas y pronósticas. En el caso de la PRV, esto incluye el riesgo protrombótico, transformación leucémica y la progresión a mielofibrosis.



## TL 219 - ENDOFTALMITIS ENDÓGENA BACTERIANA Y GLAUCOMA FACOANAFILÁCTICO EN PACIENTE CON MÚLTIPLES COMORBILIDADES EN CONTEXTO COVID 19: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Aguilera, Felka<sup>1</sup>; Jorquera, Carolina<sup>1</sup>; González, Francisco<sup>1</sup>; Riquelme, Camila<sup>1</sup>; Fuenzalida, Juan Pablo<sup>1</sup>; Smith, Carlos<sup>2</sup>; Jara, Francisca<sup>2</sup>; Bravo, Felipe<sup>3</sup>; 1Becado, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios; 2Interno, Universidad de Chile; 3Infectólogo, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Endoftalmitis es la infección intraocular que involucra humor vítreo y/o acuoso. Se clasifica en exógena y endógena. La primera por inoculación de organismos externos vía trauma, cirugía o extensión de infección corneal. La Endoftalmitis Endógena (EE), infrecuente, es producto de bacteriemia o fungemia, vulnerando la barrera hemato-ocular, desde un foco infeccioso pulmonar, urinario u otros. Se presenta en adultos mayores inmunosuprimidos y pluripatologías o sometidos a procedimientos invasivos. Su pronóstico es sombrío y frecuentemente conduce a ceguera.

**CASO CLÍNICO:** Hombre 72 años. Antecedentes: hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 de mal control metabólico, enfermedad renal crónica etapa 3B, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Tabáquica, Catarata Ojo Derecho (OD) y catarata ojo izquierdo (OI) operada. Hospitalización reciente por pielonefritis. Neumonía por COVID19 (+), día 10 desde inicio de síntomas, oligosintomático.

Consulta en Servicio Urgencias por cuadro de 2 semanas de dolor ocular derecho muy intenso, despertares nocturnos por dolor y fotofobia. Se hospitaliza para estudio. Evaluación oftalmológica: OD: Ojo rojo, Agudeza Visual (AV) Luz mala proyección. Biomicroscopía córnea opalescente. Cámara anterior con contenido fibrinoso, hipopion de ? y coágulo inferior. Tensión ocular digital +1, Presión Intraocular (PiO) elevada 25-30mmHg. OI: AV 0.8 sin corrección. Fondo de ojo normal, excavación papilar aumentada. Ecografía OD: cristalino intumesciente, escasos ecos vítreos de baja reflectividad. Retina aplicada y coroides normal. Se sospecha EE OD, asociado a Glaucoma Facoanafiláctico (GF) OD. Laboratorio: falla renal, hiperkalemia, anemia leve. Parámetros inflamatorios elevación leve, hemoglobina glicosilada 8,8%, VIH y VDRL no reactivos. Búsqueda foco infeccioso. Urocultivo (+) E.Coli BLEE, Hemocultivos (HC) (+) para Staphylococcus haemolyticus meticilino resistente, sensible a Vancomicina. TC Tórax-Abdomen-Pelvis con opacidades en vidrio esmerilado pulmonares, compatible con COVID19. TC Cerebro, Ecocardiograma y Cintigrama óseo sin hallazgos patológicos. Por bacteriemia inicia Vancomicina y Ceftazidima (V+C) endovenosa y 1 dosis de V+C intravítreo, suspendiéndose por aumento de PiO. Por GF inicia Acetazolamida, corticoides y anticolinérgicos intraoculares. Se compensan patologías de base, evoluciona con AV movimiento manos, dolor e hipopion en disminución, pero PiO aumenta a 35 mmHg; se decide facoemulsificación OD.

**DISCUSIÓN:** Pacientes con pluripatología e inmunodeficiencia presentan complejas infecciones oportunistas. En ellos es necesario sospechar y descartar EE si hay deterioro de AV progresivo, ojo rojo y dolor ocular. Sin embargo, también es menester descartar otras patologías oculares de emergencia, como GF. EE debe ser sospechada en paciente añoso con foco infeccioso intercurrente. El manejo debe ser precoz, sin embargo, el pronóstico es ominoso causando incremento en morbilidad y dependencia en estos pacientes. Es necesario la sospecha precoz y tratamiento oportuno para así mermar deterioro clínico.



## TL 220 - COMPROMISO DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFÉRICO EN VASCULITIS ANCA MPO (+): PRESENTACIÓN ATÍPICA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Alborno, Daniela 1; Briones, Felipe 2; De la Barra, Pablo 3; Moscoso, Julio 4; Madrid, Salvador 5; 1Becado de Medicina Interna, Universidad de Chile; 2Becado de Medicina Interna, Universidad de Chile; 3Becado de Medicina Interna, Universidad de Chile; 4Becado de Medicina Interna, Universidad de Chile; 5Médico Internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las vasculitis ANCA son un grupo de enfermedades caracterizadas por daño inflamatorio a nivel de diferentes órganos. El compromiso del sistema nervioso central y periférico son complicaciones con alta tasa de morbimortalidad asociada. A continuación, se describe un caso de presentación atípica y de difícil diagnóstico.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 64 años de edad, sin antecedentes mórbidos de relevancia, cursa con cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por compromiso del estado general, baja de peso y debilidad progresiva de las cuatro extremidades. Debido a empeoramiento de paresia decide consultar en servicio de urgencia. Al ingreso destacó afebril y hemodinámicamente estable, con paresia de cuatro extremidades con M2 de predominio distal. Dentro de exámenes de ingreso destacó: Proteína C reactiva: 18 mg/dl (normal hasta 5) hemoglobina: 11.4g/dl Leucocitos: 18.450 segmentados: 86% Plaquetas: 636000 VHS: 70, orina completa: no inflamatoria, virus de Inmunodeficiencia humana(-) HbsAG (-) VHC(-) VDRL (-), resto sin alteraciones. Ante polineuropatía aguda de predominio motor se sospecha síndrome de Guillain Barré(SGB), se realiza punción lumbar que mostró: Leucocitos: 13 Proteínas: 28mg/dl Gram (-), Cultivo (-). Film Array meningeo (-). Se decide administración de inmunoglobulinas 1gramo/día x 3 días. Se traslada a servicio de medicina de nuestro centro para continuar con estudio. Se amplía diagnóstico con electromiografía que mostró polineuropatía axonal subaguda. Ante hallazgos poco compatibles con SGB y clínica de proceso inflamatorio sistémico se amplía estudio con tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis: sin hallazgos patológicos, Endoscopia digestiva alta: pangastropatía atrófica. AngioTC de vasos de cuello y cerebro: Sin alteraciones. Resonancia magnética de encéfalo: múltiples lesiones de aspecto vascular en ganglios de la base, región periventricular y región occipital izquierda. Resonancia magnética de médula: sin alteraciones. Se toma biopsia de nervio sural (pendiente informe). Ante sospecha de vasculitis sistémica se solicita estudio inmunológico: ANCA MPO (+), PR3 (-); ANA (-) ENA (-) C3:90 C4:17. Se interpreta como vasculitis ANCA MPO (+) con compromiso de sistema nervioso central y periférico. Se decide inicio con terapia corticoesteroidal y Ciclofosfamida.

**DISCUSIÓN:** El compromiso neurológico central y periférico está descrito en diferentes vasculitis sistémicas. En este caso destaca la presentación atípica sumado a la ausencia de compromiso de órganos que clásicamente se ven afectados (pulmón, piel y riñón). El estudio etiológico se basa en descartar las causas infecciosas, neoplásicas y mesenquimopatías. En nuestro paciente se logró objetivar la presencia del anticuerpo ANCA MPO (+). Dada la gravedad del cuadro, y ya habiendo descartado el resto de posibles etiologías, se decidió el inicio de terapia corticoesteroidal e inmunosupresora. Dentro de la literatura no existe un gran número de casos de vasculitis ANCA que debuten con compromiso del sistema nervioso central y periférico, de ahí la importancia de destacar la dificultad diagnóstica que se tuvo con este paciente.



## TL 221 - FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Villalobos, Néstor<sup>1</sup>; Madrid, Salvador<sup>2</sup>; Sotomayor, Arturo<sup>3</sup>; Cartes, Lucas<sup>3</sup>; Ortiz-López, Nicolás<sup>3</sup>; Peña, Daniel<sup>3</sup>; Lasen, Tomás<sup>3</sup>; Salas, Sylvia<sup>3</sup>. 1Becado de Medicina Interna, Universidad de Chile. 2Médico Internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago. 3Interno de Medicina, Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La fibrosis retroperitoneal es una enfermedad rara que puede ser causada por neoplasias, fármacos, infecciones o cirugías, entre otros, aunque habitualmente es idiopática. En los últimos años, además, se ha postulado como parte de la enfermedad asociada a inmunoglobulina G4 (IgG4).

Se presenta con mayor frecuencia en hombres entre 50-60 años y existe mayor riesgo de desarrollarla con antecedentes de tabaquismo o asbestosis. Las imágenes son útiles como estudio inicial sin poder distinguir entre causas idiopáticas y neoplásicas, por lo que la biopsia es el gold standard y permite descartar metástasis. La corticoterapia tiene buenos resultados en remisión de enfermedad, pero con alta tasa de recaídas, efecto que disminuye al incorporar otros inmunosupresores.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 66 años con antecedentes de diabetes mellitus, colecistectomía, apendicectomía, artrosis, obesidad y tabaquismo, consulta en medicina interna derivada desde atención primaria por cuadro de 4 meses de evolución de dolor abdominal irradiado a región lumbar y torácica con respuesta parcial a opioides, asociado a astenia, falta de apetito, náuseas, vómitos post prandiales tardíos, disfagia lórica y baja de peso de 20 kilos. Al examen físico destacan mucosas pálidas y sensibilidad a la palpación abdominal. Se solicitan pruebas de laboratorio que se encuentran en rangos normales y tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis que informa masa alrededor de aorta descendente, sin alteraciones en el calibre de aorta. Ante sospecha de síndrome linfoproliferativo, se realizó TC por emisión de positrones que destacó tejido de partes blandas hipermetabólico rodeando aorta descendente toracoabdominal hasta nivel infrarrenal. Serología de virus hepatitis B y C, virus de inmunodeficiencia humana negativos, pruebas no treponémicas no reactivas y niveles plasmáticos de inmunoglobulina G en rango normal. Se realizó biopsia de tumor que informó linfonodo con linfadenitis crónica reactiva, hiperplásica y tejido conectivo denso, hialino, con proceso inflamatorio crónico linfoplasmocitario. Muestra analizada por anatomopatólogo en conjunto con tinciones de inmunohistoquímica descartó presencia de micobacterias, hongos y enfermedad asociada a IgG4. Se decide inicio de corticoterapia logrando evolución clínica satisfactoria.

**DISCUSIÓN:** La fibrosis retroperitoneal idiopática puede constituir un desafío diagnóstico debido a su clínica y exámenes inespecíficos. Sin embargo, distinguir entre formas idiopática y secundarias es fundamental dada la implicancia terapéutica y pronóstica. En nuestro caso, la paciente ingresó como sospecha de un síndrome linfoproliferativo en el cual el estudio escalonado hasta la biopsia fue fundamental para lograr descartar esta sospecha y desestimar otras causas secundarias de fibrosis retroperitoneal con peor pronóstico y, de ese modo, se pudo iniciar tratamiento oportuno obteniendo buena respuesta terapéutica.



## TL 223 - CAUSAS DE MIELITIS TRANSVERSA: A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Bartolotti, Leonardo<sup>1</sup>; Chen, Paulen<sup>2</sup>; Gómez, Carolina<sup>2</sup>; (1) Médico Cirujanos, Residente de Pediatría, Universidad Católica de Chile, Santiago; (2) Internas de medicina, Universidad Católica de Chile, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** MT es un trastorno inflamatorio que ocurre de forma independiente, como complicación post-infecciosa o parte de trastornos del sistema inmune (esclerosis múltiple (EM), neuromielitis óptica (NMO)). 30-60% es idiopática. En el siguiente caso se busca dilucidar diagnósticos diferenciales en MT, en paciente con debut de EM.

**CASO:** Hombre, 21 años, sin antecedentes familiares ni personales de enfermedades auto inmunes. Presenta cuadro de 1 mes de dolor bilateral en región escapular, mayor a derecha, al cual se van agregando síntomas en el transcurso de 2 semanas: dolor intenso en región escapular derecha con sensación de hipoestesia en mano izquierda e hipoestesia braquiocrural derecha y paresia distal de extremidad superior (EESS), por lo que consulta a neurología. Niega fiebre y episodios de déficit neurológicos previos (sin vértigo, disminución de agudeza visual, paresia hipoestesia, náuseas ni vómitos), sin Lhermitte ni Uhthoff. Es derivado al servicio de urgencias (SU) por sospecha de MT. Ingresa hemodinámicamente estable, afebril. Al examen físico destaca aumento de tono bilateral, paresia EESS derecha proximal M4 y distal M3. Nivel sensitivo T4 a derecha, hipoestesia parestesia derecha. Exámenes de laboratorio sin alteraciones. EMG normal, RM encéfalo destaca múltiples lesiones focales de aspecto desmielinizante de sustancia blanca supratentorial con distribución perpendicular a ventrículos laterales, y áreas de realce con contraste. RM columna total: lesión focal intraaxial medular cervical de segmento corto C3-C4 que compromete región hemimedular, realce con uso de contraste. Anti-aquaporina 4(-) (AQ4), Anti-MOG (-). VIH (-) Hepatitis ByC(-), FR y C3-C4 normal. Perfil ENA y reumatológico (-), quantiferon Tb (-), BOC (+) tipo 3 y síntesis IgG elevada. Punción lumbar (PL) con LCR normal. Se diagnostica EM, iniciando metilprednisolona. Paciente evoluciona con mejor sintomatología neurológica, se decide alta con rehabilitación y seguimiento.

**DISCUSIÓN:** Como primera aproximación para descubrir la causa de MT, se debe excluir la lesión compresiva de la ME por medio de una RM; luego se determina si es inflamatoria o no, por medio de marcadores de inflamación: autoanticuerpos (AQ4, anti mielina oligodendrocitos), anticuerpos paraneoplásicos, PL con LCR inflamatorio y/o una RM que muestre ruptura activa de la barrera hematoencefálica. Después se distingue entre causa idiopática versus secundaria (inflamatoria/infecciosa), por exámenes que determinen si existe patología infecciosa y/o reumatológica. El tratamiento previene o minimiza déficits neurológicos, pero no existe una cura. La mayoría de las EM se manifiesta como mielitis parcial, con BOC (+) y síntesis IgG elevado, RM encéfalo con menos de 2 segmentos vertebrales afectados, mayoritariamente de la sustancia blanca, 15% de realce con gadolinio; a diferencia de NMO que compromete más de 3 segmentos, sobretodo de la sustancia gris, impregnación de gadolinio en parche. Es importante encontrar la causa, pues se diferencian en pronóstico, riesgo de recurrencia y tratamiento; especialmente entre EM y NMO debido a que los inmunosupresores usados en EM, pueden empeorar el pronóstico en NMO.



## TL 224 - WEB CAROTÍDEO: CAUSA POCO FRECUENTE DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Ramírez, Luis<sup>1</sup>; Barco, Noelia<sup>2</sup>; Giraldo, Carolina<sup>2</sup>; Marín, Camilo<sup>2</sup>; Martínez, Tomás<sup>2</sup>; Peñaranda, Raquel<sup>2</sup>; Durney, Alexander<sup>2</sup> <sup>1</sup>Especialista en Medicina Interna, Hospital San José, Santiago de Chile; <sup>2</sup>Becado(a) de Medicina Interna, Universidad de Santiago de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los webs carotídeos son defectos vasculares raros de la arteria carótida interna y es causa importante de accidente cerebro vascular (ACV) criptogénico y recurrente. Descritos en el año 1968, se conocen también como displasia fibromuscular carotídea. Su prevalencia es muy baja y oscila entre 1-2,5% de los ACV isquémicos secundario a oclusión carotídea y es más frecuente en mujeres, entre los 35 a 50 años y sin factores de riesgo. Su presentación clínica es el ACV y el ataque isquémico transitorio recurrente. Etiopatogénicamente se describe fibrosis e hiperplasia de la íntima por alteraciones de la vasa vasorum y se ubica generalmente en la cara posterior del bulbo carotídeo, ocasionando flujo turbulento y ectasia, que es altamente trombogénico y con riesgo de embolización. El Gold estándar diagnóstico es la angiografía, pero los más utilizados son AngioTAC y RNM de vasos cervicales. El tratamiento incluye manejo médico con doble antiagregación plaquetaria o quirúrgico con stent o endarterectomía. A continuación, se presenta caso clínico de esta etiología poco frecuente de ACV isquémico.

**CASO CLÍNICO:** Paciente mujer de 46 años, dominicana, sin antecedentes mórbidos. Consulta en Urgencias por cuadro de 24 horas de evolución de cefalea, pérdida de fuerza de hemicuerpo izquierdo y afasia. Se realiza TAC de cerebro s/contraste que muestra signos de infarto agudo en territorio de Arteria cerebral media (ACM) derecha. Se inicia neuroprotección y se solicita AngioTAC de cerebro que muestra hipodensidad temporal, tálamo-capsular derecha. Neurología confirma ACV isquémico de ACM derecha e indican estudio de fuente embolígena. Paciente evoluciona estable, sin deterioro neurológico. Se realiza angio RNM cervical y cerebral más RNM de cerebro que evidencia ACV subagudo ACM derecha, oclusión embólica derecha e imagen de web carotídeo derecho sin otras alteraciones vasculares. Ecocardiograma y Holter de ritmo sin alteraciones. Se indica manejo con doble antiagregación plaquetaria y neurorehabilitación.

**DISCUSIÓN:** Los webs carotídeos son una causa muy rara de ACV y poco frecuente de ACV criptogénico. Nuestro caso se trata de una paciente mujer, joven, sin antecedentes mórbidos ni familiares, características epidemiológicas que coinciden con las descritas en la literatura. Si bien, el Gold estándar diagnóstico es la angiografía, su invasividad y poca accesibilidad son limitantes para su uso. En nuestro caso, el diagnóstico se realizó con la RNM de vasos cervicales, lo que sumado al estudio de fuente embolígena con ECG, ecocardiograma y Holter normales, hizo plantear al web carotídeo como causa del ACV. Existe evidencia que informa que las tasas de ACV recurrentes fueron menores en pacientes con tratamiento quirúrgico y que el manejo con doble antiagregación plaquetaria es el indicado en pacientes con webs carotídeos asintomáticos o con primer episodio de ACV isquémico, como se indicó en nuestra paciente, destinando el tratamiento quirúrgico para ACV múltiples o recurrentes. Finalmente, se recomienda que, en pacientes con diagnóstico de ACV isquémico agudo con estudio de fuente embolígena normal, se busque dirigidamente esta rara causa de ACV.



## TL 226 - DEBUT DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS CON MANIFESTACIONES RENALES ATÍPICAS CON ELEMENTOS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y ESCLERODERMIA. DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Ramírez, Luis E<sup>1</sup>; Chassin-Trubert, Anne Marie<sup>2</sup>; Barco, Noelia<sup>3</sup>; Giraldo, Carolina<sup>3</sup>; Marín, Camilo<sup>3</sup>; Martínez, Tomás<sup>3</sup>; Peñaranda, Raquel<sup>3</sup>; <sup>1</sup> Especialista en Medicina Interna, Hospital San José, Santiago de Chile; <sup>2</sup> Subespecialista en Reumatología, Hospital San José, Santiago de Chile; <sup>3</sup> Becado(a) de Medicina Interna. Universidad de Santiago de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome antifosfolípido (SAF) es una trombofilia autoinmune caracterizada por la presencia de anticuerpos (ac) contra los fosfolípidos entre los que destacan el anticoagulante lúpico (AL), ac anticardiolipinas y B-2 glicoproteína. Afecta principalmente mujeres y las manifestaciones clínicas más comunes son las trombosis venosas y arteriales, la morbilidad gestacional y la trombocitopenia. El SAF se presenta frecuentemente de forma secundaria a otras enfermedades autoinmunes como el Lupus eritematoso sistémico (LES), aunque puede aparecer como entidad primaria. El tratamiento incluye anticoagulación, corticoterapia y antiagregación plaquetaria. Se presenta un caso clínico de debut de SAF asociado a manifestaciones renales de LES y esclerodermia.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 26 años, consulta en urgencia por compromiso del estado general, dolor articular, hipertensión y edema. Al examen físico destaca febrícula, soplo cardíaco foco mitral, fenómenos vasculopáticos simétricos en manos y pies con úlceras digitales y edema. Laboratorio de ingreso: Creatinina: 3.88 mg/dl, Albúmina: 3.76 g/dl, proteína C reactiva: 7.6 mg/dL, anemia moderada, leucopenia, trombocitopenia, examen de orina: hematuria y cilindros granulosos gruesos, proteinuria de 24 horas: 1683 mg. Serología viral y hemocultivos negativos. Estudio autoinmune: Anticuerpos antinucleares (ANA) negativos, Anti-DNA negativo, Anticuerpos contra antígenos de núcleo extraíbles negativos, AL positivo, Factor reumatoide negativo, complemento C3 bajo. Evoluciona con mayor deterioro de función renal y se inician pulsos de metilprednisolona, anticoagulación profiláctica, antiagregación plaquetaria, amlodipino, atorvastatina e hidroxicloroquina. Ecocardiograma muestra vegetación en válvula mitral sugerente de endocarditis Libman-Sacks. Ecografía renal: normal. Biopsia renal evidencia microtrombosis, daño glomerular en "asas en alambre" y signos de doble contorno, hiper celularidad capilar con daño endotelial difuso y fibrosis, compatibles con microangiopatía trombótica por SAF con elementos de nefritis lúpica y de esclerodermia. Se inicia ciclofosfamida, anticoagulación, corticoterapia a altas dosis y enalapril.

**DISCUSIÓN:** Ante la presencia de un cuadro sistémico en mujer joven se debe ampliar el estudio de patologías de origen autoinmune. La paciente cumple criterios de SAF y se inició la terapia correspondiente, sin embargo, clínicamente presentaba elementos que sugerían LES como fiebre, artralgias, insuficiencia renal, serositis, fenómeno de Raynaud, vegetación valvular no infecciosa, linfopenia y C3 bajo, pero con ANA y Anti-DNA negativos, lo cual es muy raro en un LES grave. Por otra parte, los elementos en la biopsia renal que podrían ser explicados por una nefritis lúpica, también cuenta con elementos histológicos de esclerodermia. Este caso permite evidenciar el amplio espectro de posibilidades de presentación clínica que tienen las patologías autoinmunes, pudiendo sobreponerse elementos clínicos de unas y otras, lo que dificulta el enfoque diagnóstico. El no cumplir criterios completos para una patología en específico, no debe retrasar el inicio de una terapia oportuna.



## TL 229 - MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN PUERPERA: CASO DE MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** María Rosario González<sup>1</sup>, Valentina Kuschel<sup>2</sup>, Nicolás Nuñez<sup>2</sup>, Luis Saa<sup>2</sup>, Vicente Brito<sup>2</sup>, Clara Leyton<sup>2</sup>, Camila Villafranca<sup>2</sup>; <sup>1</sup> Residente Medicina Interna, Universidad del Desarrollo, Hospital Padre Hurtado; <sup>2</sup> Interno Medicina, Universidad del Desarrollo - Hospital Padre Hurtado

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La miocardiopatía periparto corresponde a una miocardiopatía habitualmente dilatada, con disfunción sistólica. La incidencia estimada es 3 - 6%, siendo 4 veces más frecuente en mujeres de raza negra. Otros factores de riesgo son edad materna avanzada, embarazo múltiple, síndrome hipertensivo del embarazo y abuso de drogas. Se presenta habitualmente 1 mes pre-parto hasta 5 meses post-parto, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) < 50% y sin otra causa documentada de insuficiencia cardíaca. El 50 - 80% de los afectados recupera la FEVI en los primeros 6 meses.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer 33 años, haitiana, sin antecedentes mórbidos, puerpera de 3 semanas de embarazo gemelar, embarazo no patológico. En contexto de puerperio febril se solicita PCR SARS COV 2 positiva. Se da de alta con hospitalización domiciliaria, donde evoluciona febril y con parámetros inflamatorios elevados. Se solicita tomografía de tórax, abdomen y pelvis que evidencia cardiomegalia global e infección de herida operatoria, manejada con terapia antibiótica por 7 días. Evoluciona con edema de extremidades inferiores bilateral, ortopnea de 2 almohadas e hipertensión. Dirigidamente sin antecedentes familiares de muerte súbita o miocardiopatía, sin uso de drogas ni historia de hipo o hipertiroidismo. Se hospitaliza para estudio y manejo de insuficiencia cardíaca. Ingresa hipertensa, destaca edema de extremidades inferiores (++), con función renal normal. Se inicia terapia antihipertensiva y depletiva, con buena respuesta. Se estudia con: serología Virus Inmunodeficiencia Humana y Chagas no reactivo, virus hepatitis B y C negativo, hormona tiroestimulante en rango normal. Estudio de hipertensión secundaria: tomografía de abdomen con riñones de forma y estructura normal, arteria renal sin alteraciones evidentes y glándulas suprarrenales normales. Equipo de cardiología define necesidad de ecocardiografía. Debido a contingencia sin posibilidad de estudio por lo que se inicia terapia empírica de insuficiencia cardíaca con FEVI disminuida. Evoluciona con cifras tensionales en rango, asintomática. Se realiza ecocardiograma ambulatorio que evidencia leve dilatación de ventrículo izquierdo con función sistólica global normal, dilatación moderada de aurícula izquierda e insuficiencia mitral restrictiva moderada. Concordante con miocardiopatía dilatada.

**DISCUSIÓN:** si bien no se cuenta con ecocardiograma precoz que cumpla los criterios diagnósticos de miocardiopatía periparto, se maneja como tal ya que se descartaron causas secundarias, la paciente presentaba clínica y factores de riesgo altamente sugerentes. Se discute necesidad de coronariografía junto a equipo de cardiología, sin embargo, al tratarse de una mujer joven, sin antecedentes mórbidos ni factores de riesgo cardiovascular, considerando evolución clínica y ecocardiográfica, la miocardiopatía periparto corresponde al diagnóstico más probable. El manejo de esta entidad deriva del tratamiento de otras formas de insuficiencia cardíaca con FEVI disminuida. En este caso la buena respuesta a terapia y FEVI normal se puede interpretar dentro de la evolución esperada en el 50 - 80% de los casos.



## TL 230 - SÍNDROME DE DRESS Y COVID-19 ¿MANIFESTACIÓN EXTRAPULMONAR DE UNA INFECCIÓN EMERGENTE?

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** López, Ma. Ignacia (1), Brito, Valentina (1), González, Francisca (1) Pacheco, Claudio (2) Eichhorn, Martín (3), Díaz, Francisco (3), Charpentier, Paulo (4), Riquelme, Marcela (5) 1. Residente Medicina Interna - Universidad de los Andes, Santiago - Chile 2. Residente Medicina Interna - Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago - Chile 3. Interno Medicina - Universidad de los Andes, Santiago - Chile 4. Médico internista - Hospital Militar de Santiago - Clínica BUPA, Santiago - Chile 5. Médico internista - Hospital Militar de Santiago - Clínica Indisa, Santiago - Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** DRESS (drug reaction with eosinophilia and systemic syndrome) es una reacción inmune de hipersensibilidad tipo IVb, que genera inflamación eosinófila, por el desarrollo de linfocitos T específicos al fármaco causante. Se presenta con una erupción eritematosa amplia, asociado a fiebre, edema facial, linfadenopatías, leucocitosis, y puede afectar órganos como pulmón, corazón, hígado o riñón. El manejo se basa en la suspensión del fármaco, evaluación de compromiso de órganos, hidratación, y altas dosis de corticoides sistémicos. Los fármacos más asociados son el alopurinol, abacavir, y anticonvulsivantes aromáticos. De este último grupo se han descrito reacciones cruzadas entre los fármacos que pudieran llevar a la reactivación de algunos virus (VH6 y Epstein-Barr), lo cual se asocia a un peor pronóstico. También se ha descrito la necesidad de algunos virus como cofactores necesarios para presentar la enfermedad.

Se presentará un caso de paciente usuario de carbamazepina que luego de haber estado expuesto a SARS COV-2 genera un síndrome de DRESS.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 64 años, con antecedentes de Polimialgia Reumática inactiva y lesión nervio nasopalatino en tratamiento desde mayo del 2020 con carbamazepina y amitriptilina. El día 13.06 se realiza PCR SARS-CoV-2 por cuadro de compromiso del estado general, anosmia y ageusia, el cual resulta positivo, para lo que se decide manejo sintomático. Consulta en servicio de urgencias del Hospital Militar el día 29.06 por cuadro de 3 días de evolución de episodios febriles asociados a erupciones cutáneas maculopapulares eritemato-violáceas pruriginosas en dorso de manos que van progresando hasta tener compromiso corporal generalizado. Sin afectar palmas, plantas ni mucosas. En el laboratorio destaca hemograma con hipereosinofilia de 2.790 K/uL, alteración pruebas hepáticas con patrón mixto GGT 501 U/L GOT 70 U/LGPT 147 U/L, ferritina 1420 ng/ml y dímero D 2906 ug/L. TAC de tórax en que se destaca patrón compatible con neumonía COVID-19 asociado a adenopatías axilares bilaterales. Se decide ingreso a sala de medicina para manejo de DRESS con corticoides endovenosos y antihistamínicos, junto con suspensión de carbamazepina. Paciente evoluciona con regresión de lesiones. Evaluado por equipo multidisciplinario quienes concluyen cuadro compatible con DRESS que pudiera haber sido gatillado por infección concomitante por SARS-CoV-2. Se da de alta con corticoides y antihistamínicos orales y control ambulatorio.

**DISCUSIÓN:** El antecedente de uso de carbamazepina previo a la instauración de los síntomas, asociado a eosinofilia y transaminitis, sustentan el diagnóstico. Se describe que hasta el 86% de los pacientes con DRESS desarrolla alguna alteración hepática y que sólo entre un 10 a 30% compromiso renal, con menos asociación con el uso de carbamazepina.

La presencia de una infección reciente por SARS-CoV-2, a pesar de no haber bibliografía aún, se podría pensar que el virus pudo haber tenido un efecto en el desarrollo del cuadro descrito, aumentando la sensibilidad a la carbamazepina o bien, contribuyendo a las manifestaciones cutáneas propias del cuadro.



## TL 231 - LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA COEXISTENTE CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA: REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** De la Barra, Pablo (1); Moscoso, Julio (1); Vidal, Diego (2); Sotomayor, Arturo (2) Madrid, Salvador (3);1 Becado de Medicina interna, Universidad de Chile;2 Interno Medicina, Universidad de Chile3 Médico Internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La leucemia linfocítica crónica (LLC) es la leucemia más frecuente del adulto y se asocia a mayor incidencia de neoplasias secundarias. La coexistencia de LLC y neoplasias mieloproliferativas es esporádica, y su mecanismo patogénico desconocido. A continuación, se presenta el caso de una paciente con diagnóstico concomitante de leucemia linfocítica y leucemia mieloide crónica.

**DESCRIPCION DEL CASO:** Paciente de 65 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus insulino requeiriente y bypass gástrico. Historia de 5 meses de evolución caracterizada por baja de peso 7 kg, sudoración nocturna y baja tolerancia al ejercicio. Al examen físico adenopatías axilares bilaterales 1 cm e inguinales bilaterales de 2 cm. En estudio inicial destaca hemoglobina 10,7 g/dL, leucocitos 86.830/mm<sup>3</sup> recuento absoluto neutrófilos 29522, recuento absoluto linfocitos 37336, Monocitos 8% Basófilos 6%, Eosinófilos 3%, Mielocitos 1%, Juveniles 3%, Baciliformes 2%. Blastos 0% Plaquetas 484.000/mm<sup>3</sup> VHS 15 frotis sin alteraciones. Inicia tratamiento citorreductor sin mayor respuesta. Se amplía estudio: PCR t (9;22) positiva variante p210, Inmunofenotipo: Score 5 puntos para leucemia linfática crónica. Estudio citogenético: Pseudodiploidía, philadelphia positivo en el 100% de las células analizadas 46, XX, t (9;22) (q34; q11.2) (20). Se realiza biopsia de médula ósea: coexistencia de dos hematopatologías; Leucemia mieloide crónica (LMC) y leucemia linfática crónica (LLC)/Linfoma linfocítico de células pequeñas. Tomografía computarizada destaca adenopatías mediastínicas, axilares, conglomerado adenopático a nivel retroperitoneal y esplenomegalia. Se confirma diagnóstico de LMC/LLC, inicia terapia con Imatinib 400 mg/día logrando respuesta molecular mayor. Se mantiene observación de LLC, sin embargo, evoluciona con disnea de esfuerzo asociado a sudoración intensa, adenopatías palpables y anemia persistente por lo que se decide tratamiento con quimioterapia para LLC.

**DISCUSIÓN:** La LLC es la leucemia más frecuente en el adulto. Se caracteriza por la acumulación progresiva de células B o T maduras en sangre periférica, médula ósea, hígado y órganos linfoides. A su vez, la LMC es una neoplasia mieloproliferativa crónica que se origina en células madres hematopoyéticas a partir del oncogen BCR-ABL. La coexistencia LLC/LMC ha sido esporádicamente reportada en la literatura. En los casos descritos, el patrón de inicio es muy heterogéneo, la mayoría de las veces (52%) el diagnóstico de LLC precede el de LMC y en 28% de los casos se realiza el diagnóstico en forma concomitante. Si bien la patogenia no es clara, algunos autores plantean la existencia de 2 clones malignos diferentes mientras otros consideran la evolución a partir de un mismo clon leucémico. Pareciera ser que el estado de inmunocompromiso de los pacientes con LLC favorece la aparición de neoplasias secundarias, no sólo hematológicas sino también tumores sólidos como cáncer de pulmón, colorrectal, mama, gástrico, entre otros.



## TL 232 - SÍNDROME DE LA PERSONA RÍGIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Quintana, Leonidas<sup>1</sup>; Cooper, Antonia<sup>2</sup>; Hurtado, Jhasmin A<sup>2</sup>; Chaban, Leyla V<sup>2</sup>; Calzada, Paulina P<sup>2</sup>; Bendek, Carolina<sup>2</sup>; <sup>1</sup>Médico Internista, Hospital El Carmen Maipú, Santiago.<sup>2</sup>Interna de Medicina, Universidad Finis Terrae.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de la persona rígida (SPR) es una condición neurológica poco común, de origen presumiblemente autoinmune, caracterizada por rigidez muscular y episodios de espasmos dolorosos que involucran musculatura axial. Clínicamente según su compromiso primario, se subdivide en rigidez de tronco, de extremidades y encefalomiелitis progresiva.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 40 años, sin antecedentes, relata episodios repetidos de dolor y rigidez de extremidades, diagnosticados como rhabdomiolisis, desencadenados por actividad física, con múltiples consultas en servicio de urgencias. Refiere estudio etiológico con dos biopsias de músculo sin hallazgos patológicos y electromiografías (EMG) durante crisis e intercrisis normales, además tomografía computada (TC) de tórax normal y marcadores tumorales negativos. Acude nuevamente por contractura y aumento de volumen de ambos muslos, de inicio insidioso, asociado a dolor intenso, sin relación con actividad física. Al examen físico destaca contracción simultánea de músculos agonistas y antagonistas de las extremidades, con compromiso de musculatura paraespinal lumbar. Se evidencian espasmos superpuestos a la rigidez provocados por estímulos inespecíficos y flexión de rodillas imposibilitada por la severa contractura muscular, resto del examen físico normal. Presenta nivel de creatinquinasa (CK) total de 25.253 IU/l, función renal conservada y electrolitos normales. Clínicamente se plantea SPR, se inicia tratamiento con hidratación profusa y Diazepam vía oral, logrando remisión del cuadro clínico. Es dado de alta con CK total de 1.000 IU/l, manteniendo controles seriados de daño muscular y función renal.

**DISCUSIÓN:** El SPR es una enfermedad infrecuente, con prevalencia estimada de 1 por cada 1.000.000 de personas, siendo más frecuente en mujeres que en hombres, entre 20 y 50 años. Es causado por una mayor actividad muscular debido a la disminución de la inhibición del sistema nervioso central. La presentación clásica se manifiesta con rigidez de tronco, rigidez generalizada y espasmos musculares dolorosos, afectando la deambulación. Frecuentemente se asocia a otras patologías autoinmunes, teniendo mayor asociación con diabetes mellitus tipo 1 y cáncer de pulmón o mama. El laboratorio puede presentar CK elevada y una variedad de anticuerpos elevados, principalmente anticuerpos anti GAD, presente en la mayoría de pacientes. La EMG puede revelar actividad motora continua típicamente reducida o abolida por diazepam intravenoso. El diagnóstico se realiza con la clínica, anticuerpos anti GAD que pueden o no estar presentes y prueba terapéutica con diazepam intravenoso. El manejo se basa en drogas que aumentan la neurotransmisión GABAérgica, como diazepam, vigabatrina, baclofen y agentes inmunomoduladores, como esteroides e inmunoglobulina intravenosa. El SPR es difícil de identificar, requiriendo alto grado de sospecha, es potencialmente tratable y debe considerarse en pacientes con rigidez y espasmos inexplicables. Causa gran discapacidad, requiriendo de un manejo multidisciplinario.



## TL 233 - SOSPECHA DE TROMBOFILIA TARDÍA EN TROMBOSIS ARTERIALES DE SITIO ATÍPICO. REPORTE DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** López, M<sup>a</sup> Ignacia<sup>1</sup>; Barría, Felipe<sup>2</sup>; Fuenzalida, M<sup>a</sup> Paulina<sup>2</sup>; König, Virginia<sup>2</sup>; Hepp, Juan<sup>2</sup>; Bergen, M<sup>a</sup> José<sup>2</sup>; Huidobro, Javiera<sup>2</sup>; Honorato, Florencia<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Becada Medicina Interna, Universidad de los Andes. <sup>2</sup>Interno medicina séptimo año, Universidad de los Andes. <sup>3</sup>Alumna medicina quinto año, Universidad de los Andes.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las trombofilias primarias son estados de hipercoagulabilidad hereditarios poco frecuentes en la población; los más comunes son factor V Leiden, mutaciones del gen de protrombina, déficit de proteínas C y S y déficit de antitrombina. La mayoría de estas se presentan en adultos jóvenes (20-40 años) como trombosis venosa profunda, siendo raros los casos de trombosis arterial. Sin embargo, se han descrito casos de asociación de infartos al miocardio y accidentes cerebrovasculares (ACV) isquémicos con trombofilias primarias.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 63 años con antecedente de 3 síndromes coronarios agudos (el último de estos infartos), ACV isquémico y tabaquismo, suspendido hace 15 años. Se presenta en el servicio de urgencias por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo, de inicio súbito, sordo, EVA 8/10, constante, sin otros síntomas asociados, de horas de evolución. Se realiza Tomografía Axial Computarizada con contraste, que confirma dos lesiones compatibles con infartos esplénicos y múltiples lesiones renales sugerentes de infartos antiguos. Sin otros hallazgos relevantes.

Se ingresa paciente para estudio de origen cardioembólico, sin hallazgos patológicos en ecocardiograma ni en Holter de ritmo. Paciente sin historia ni clínica indicativa de enfermedades autoinmunes o vasculitis. No presenta historia o hallazgos sugerentes de neoplasia. Estudio para síndrome antifosfolípidos negativo. Se inicia estudio de trombofilia primaria, pendiente resultado.

**DISCUSIÓN:** Los casos de trombosis arteriales corresponden a una entidad documentada pero no completamente estudiada en las trombofilias primaria, trabajos recientes muestran una asociación clara pero no concluyente. Ante el enfrentamiento de múltiples accidentes trombóticos y sin factores de riesgo claros adquiridos, se debe considerar iniciar un estudio de este grupo de enfermedades, ya que el tratamiento con anticoagulación reduce significativamente el riesgo de nuevos accidentes vasculares y la morbimortalidad que estos conllevan.



## TL 234 - HEMÓLISIS AGUDA DURANTE HEMODIALISIS: LA IMPORTANCIA DE AJUSTAR LA DIÁLISIS SEGÚN NIVELES DE ELECTROLITOS PREVIOS.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Pacheco, Claudio<sup>1</sup>; Navarro, Renato<sup>2</sup>; Dominguez, Lucas<sup>2</sup>; Moll, Catalina<sup>2</sup>; Morales, Alvaro<sup>2</sup>; Calletti, María J<sup>2</sup>; Babun, Sofía<sup>2</sup>; Schadenberg, Alex<sup>2</sup>; <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile. <sup>2</sup>Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La hemólisis es una complicación poco frecuente, severa y potencialmente letal en pacientes en hemodiálisis (HD) crónica. Se manifiesta clínicamente como dolor torácico o abdominal y disnea intradiálisis. La hipofosfatemia en pacientes en HD intermitente es inhabitual, aunque se han reportado casos relacionados a dosis aumentadas de diálisis en pacientes con niveles plasmáticos moderados o bajos. Su clínica es variable, generalmente asintomática, pero también puede presentarse con debilidad, falla respiratoria o cardíaca, acidosis metabólica, alteraciones del sistema nervioso, hemólisis o muerte.

**CASO:** Mujer, 82 años, con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica (ERC) en HD y fibrilación auricular. Consulta por cuadro de dolor abdominal asociado a vómitos durante su última sesión de HD, sin otros síntomas. Ingresa desorientada, con tinte icterico, abdomen sensible, sin signos de irritación peritoneal. Se solicitan exámenes de laboratorio, cuatro veces rechazados por hemólisis inmediata, en el quinto destaca Hemoglobina (Hb) en 9.1 g/dL, Bilirrubina total (BT) 8 mg/dL y LDH >1000 U/L.

Se hospitaliza para estudio, destaca caída de Hb a 8g/dL, esquistocitos en frotis, aumento de BT a 12 mg/dl. Test de coombs (-), complemento e inmunoglobulinas en rango normal, ANA (-) y fósforo 0.89 mg/dL.

Se interpreta hemólisis secundaria a hipofosfatemia, se maneja con cargas seriadas de monofosfato de potasio endovenoso. Responde de manera favorable, con disminución de ictericia, LDH y sin nuevos esquistocitos en frotis. Al alta con Hb de 9.8 g/dL y fósforo 3.8 mg/dL.

**DISCUSIÓN:** Se presenta una paciente con ERC que en contexto de su HD desarrolla un cuadro de hemólisis asociado a hipofosfatemia. A pesar de que en la literatura no está descrita su incidencia, se describe como una complicación poco frecuente, ya que en general la preocupación en ERC es hacia el desarrollo de hiperfosfatemia por su casi nula eliminación a nivel renal. Un estudio reciente demostró que la hipofosfatemia es infrecuente, además, ya que en HD existe una estabilización de la fosfemia a las 2 horas, sugiriendo la existencia de un reservorio extravascular. El fósforo es un electrolito que predomina a nivel intracelular cuya principal función es la síntesis de nucleótidos. Así, en aquellos casos en que tenemos un déficit severo se genera una disminución del ATP total, afectando a los eritrocitos directamente, pues no poseen mitocondrias que compensen esta disminución. Además, altera el contenido de fosfolípidos y disminuye la producción y fosforilación de proteínas contráctiles en el eritrocito, generando la destrucción de la membrana plasmática de éste.

La hipofosfatemia es una manifestación no muy frecuente en pacientes en HD crónica, si bien la mayoría son asintomáticos, este trastorno puede provocar efectos adversos graves que conllevan mortalidad asociada, como lo es la hemólisis discutida en este reporte. Por lo mismo, es importante tener en cuenta el diagnóstico diferencial en pacientes que realicen cuadros de hemólisis aguda durante HD, más aún si se desconocen los niveles séricos de fósforo previo a la HD.



## TL 236 - VALVULOPLASTÍA PERCUTÁNEA CON BALÓN COMO TERAPIA DE RESCATE EN UNA PACIENTE CON DISFUNCIÓN DE BIOPRÓTESIS MITRAL

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** González A., Francisca<sup>1</sup>; Pérez R., Ignacio<sup>1</sup>; Hoffmann L., Andrea<sup>1</sup>; Bontá S., Camila<sup>2</sup>; Herrera F., Matías<sup>2</sup>; Valenzuela E., Bárbara<sup>2</sup>; Verdugo T., Fernando<sup>3</sup>; Sandoval B., Jorge<sup>3</sup>; <sup>1</sup>Residente de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Santiago, Chile; <sup>2</sup>Médico Internista, Hospital Militar de Santiago. Santiago, Chile; <sup>3</sup>Médico Cardiólogo, Hospital Militar de Santiago. Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El reemplazo de una válvula cardíaca enferma por una válvula protésica, cambia la enfermedad nativa por complicaciones relacionadas a la prótesis. Dentro de las complicaciones tardías de las bioprótesis, se encuentra la degeneración estructural por calcificación, pannus o trombosis. La reoperación puede estar indicada frente a esta complicación, no obstante, conlleva alto riesgo de mortalidad. Desafortunadamente, pacientes con baja adherencia a control pueden presentarse con compromiso hemodinámico y shock por disfunción de bioprótesis valvular con obstrucción.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer 60 años, con antecedente de reemplazo valvular mitral con bioprótesis pericárdica Carpentier Edwards 25 mm debido a estenosis mitral reumática en 2007, anuloplastia tricuspídea con anillo debido a insuficiencia tricuspídea, cierre de la aurícula izquierda y procedimiento de MAZE. Además, implantación de marcapaso bicameral por bloqueo auriculoventricular completo, y desde entonces en flutter auricular. Consulta por 6 meses de edema progresivo asociado a deterioro de capacidad funcional hasta NYHA III. Ingres a UCI coronaria por hipotensión, taquicardia, mala perfusión distal, ingurgitación yugular, anasarca y hepatomegalia. La auscultación cardíaca no reveló soplos. El laboratorio mostró injuria renal aguda (creatinina 3.0 mg/dl), hepatopatía congestiva y coagulopatía (INR 6.0). Se inició apoyo con noradrenalina, milrinona, furosemida intravenosa y ultrafiltración continua, logrando balances negativos, sin embargo, evoluciona con congestión pulmonar progresiva y anuria. En el ecocardiograma transtorácico destacaron la presencia de una bioprótesis mitral disfuncionante (gradiente medio 16 mmHg, área estimada 1,1 cm<sup>2</sup>, reflujo moderado), dilatación biauricular, dilatación del ventrículo derecho dilatado con disfunción sistólica e hipertensión pulmonar severa. Dado el estado de shock cardiogénico con falla orgánica múltiple, se consideró realizar una valvuloplastia percutánea con balón (VPB) como puente a recuperación, con una posterior reintervención quirúrgica planificada. Se realizó VPB en dos ocasiones, bajo anestesia general y soporte hemodinámico, objetivando disminución del gradiente transvalvular (19 mmHg a 7 mmHg) y disminución del reflujo mitral. La paciente presentó una rápida mejoría clínica, disminución progresiva de los fármacos vasoactivos, retorno del débito urinario y mejoría de la función hepática. Fue dada de alta con manejo médico y un plan de rehabilitación, con buena adherencia a seguimiento ambulatorio. En ecocardiogramas de control, la bioprótesis ha mantenido parámetros de estenosis significativa (gradiente medio 8 mmHg) y reflujo leve. Actualmente está en espera de resolución quirúrgica debido a contingencia epidemiológica.

### DISCUSIÓN:

Las guías actuales de valvulopatías desaconsejan la realización de VPB en el manejo de estenosis de bioprótesis izquierdas, existiendo escasa evidencia a favor o en contra de su realización en ausencia de trombosis. En pacientes con disfunción de bioprótesis con presentaciones catastróficas y elevado riesgo quirúrgico, la VPB puede ser una terapia de rescate y puente a resolución definitiva.



## TL 239 - RABDOMIOLISIS HIPOKALÉMICA ASOCIADA A DIARREA POR COVID-19: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Geraldine Rauch L.1,b, Vicente Brito M.a,b, Valentina Kuschel P.a,b, Clara Leyton S. a,b, Nicolás Nuñez M.a,b, Luis Saa G.a,b, Camila Villafranca Sch.a,b; 1Residente Medicina Interna, Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana de Santiago; aInterno de Medicina, Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana de Santiago; bCampo Clínico Hospital Padre Hurtado, Santiago

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La rabdomiolisis es un síndrome caracterizado por daño y necrosis de las células musculares. Sus principales causas son el traumatismo y ejercicio físico intenso, pero también puede asociarse a exposición a fármacos, drogas, agentes infecciosos, alteraciones hidroelectrolíticas, causas reumatológicas, entre otras. El daño muscular provoca la liberación de su contenido, donde se destaca como parámetro diagnóstico la creatina-kinasa (CK). Se manifiesta con mialgias, debilidad muscular y, en ocasiones, orina colúrica; además de síntomas inespecíficos. Las principales complicaciones que se deben estudiar son el síndrome compartimental, arritmias cardíacas y falla renal.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 31 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 10 días de evolución que inicia con sensación febril, tos y odinofagia. Se agregan 10-20 episodios de diarrea por día, mialgias en extremidades inferiores y, en las últimas 24 horas, inicia con disnea. Ingresa hemodinámicamente estable, sin hallazgos patológicos al examen físico. En el laboratorio, se destaca hipokalemia de 2.8 milimoles por litro (mM/L), y CK elevada en 45503 unidades por litro (u/L). Se solicita una angiotomografía computarizada de tórax que muestra un patrón de condensación multifocal sugerente de enfermedad por coronavirus (COVID-19). Con los diagnósticos de rabdomiolisis e hipokalemia, se inicia volemicación agresiva y aporte de potasio endovenoso y oral. Además, se diagnostica neumonía por COVID-19 y se inicia terapia. No impresiona traumatismo, ejercicio físico intenso, causas reumatológicas ni farmacológicas. Tras alcanzar valores de hasta 75000 u/L, la CK disminuye con buena función renal y leve hipokalemia. Se suspende la hidratación endovenosa y se mantiene vía oral. Paciente completa terapia para COVID-19 y tanto la curva de hipokalemia como la de CK se normalizan.

**DISCUSIÓN:** La diarrea aguda es una de las manifestaciones de COVID-19 y en este caso corresponde a una diarrea severa. Como consecuencia, se produce una hipokalemia. Por otro lado, existe una rabdomiolisis, cuya causa se resuelve en el contexto de esta misma hipokalemia. La fisiopatología consiste en vasoconstricción por depleción de potasio, generando isquemia muscular y daño por hiperpolarización. La clínica depende de la gravedad de la hipokalemia: Si es moderada, lo más frecuente son las mialgias generalizadas. Si es severa, puede existir debilidad muscular y/o paresia con arreflexia, lo que puede conducir a parálisis respiratoria y necesidad de respirador mecánico. Respecto al manejo, lo primero es evaluar el riesgo de falla renal aguda según el valor de la CK. Los pacientes con CK mayor a 15000 u/L son de alto riesgo y el manejo es la hidratación agresiva con suero fisiológico. El objetivo es mantener un gasto urinario de 200 mililitros por hora. Los líquidos endovenosos se deben suministrar hasta lograr CK menor a 1000 u/L. En un cuadro de rabdomiolisis hipokalémica, el tratamiento incluye el aporte de potasio. Algunas alternativas son el ascorbato y cloruro de potasio vía oral, y la administración de potasio endovenoso.



## TL 240 - FIBROSIS PULMONAR SECUNDARIO A COVID-19. REPORTE DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Olga Casanova<sup>1</sup>, Bárbara Navarrete<sup>1</sup>, Karla Hernández<sup>1</sup>, Andrés Azócar<sup>1</sup>, Pablo López<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Becados Conacem de Medicina Interna Hospital San Juan de Dios, Santiago de Chile.

<sup>2</sup>Médico internista, Jefe de Clínica, Hospital San Juan de Dios, Santiago de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Algo que llamó la atención de los expertos al inicio de esta pandemia fue la gravedad y la extensión de las lesiones pulmonares asociadas a infección por SARS-Cov 2. La fibrosis pulmonar es el principal factor que conduce a disfunción pulmonar y reduce la calidad de vida en los sobrevivientes del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) después de la recuperación. La neumonía viral podría causar Fibrosis pulmonar, cuyo mecanismo exacto aún no está claro y en algunas ocasiones conducir a un deterioro irreversible y restrictivo de la función pulmonar.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 y cuadro de neumonía de la comunidad tratada recientemente. Consulta en atención primaria por disnea, refiere contacto estrecho con covid-19; RT-PCR SARS CoV-2 (+). En domicilio evoluciona con requerimientos de oxígeno hasta 5L por naricera, siendo derivado al servicio de urgencias; Tomografía computarizada (TC) de tórax muestra áreas en vidrio esmerilado bilateral, compromiso difuso de lóbulos inferiores y pequeños focos de condensación, sugerentes de infección por SARS-CoV2; Laboratorios: leucocitos 11.260, PCR 126, LDH 125, Dímero D 9 y PAFI 154, Panel viral por PCR para Virus Respiratorio Sincicial (+). Recibe tratamiento antibiótico por 5 días, anticoagulación y metilprednisolona. Se apoya con cánula nasal de alto flujo (CNAF) durante 14 días; lenta mejoría sin lograr suspensión del oxígeno suplementario. Angiotac de tórax se reporta negativo para Tromboembolismo Pulmonar y describe bronquiectasias por tracción y componente fibrótico importante, no observado en el TC de ingreso. Se inicia esquema de corticoides orales. Evoluciona sin requerimientos de oxígeno al reposo, pero con episodios de desaturación en relación a deambulación y estrés emocional. En TC de tórax de control se informa neumomediastino y signos de fibrosis pulmonar con patrón radiológico tipo UIP (neumonía intersticial usual), áreas de vidrio esmerilado en bases asociado a engrosamientos septales y bronquiectasias bilaterales. Se plantea cuadro de fibrosis pulmonar secundario a infección por SARS-CoV-2, indicándose oxígeno domiciliario al alta y seguimiento en clínica de neumología.

**DISCUSIÓN:** Los brotes previos de coronavirus se han asociado con fibrosis post viral y deterioro funcional invalidante. La carga de enfermedad pulmonar fibrótica después de la infección por SARS-CoV-2 es probablemente alta. En la actualidad, las consecuencias pulmonares a largo plazo de la infección por SARS-CoV 2 siguen siendo especulativas y no deben asumirse sin un estudio prospectivo adecuado. Es importante que en la actualidad se hagan planes para identificar rápidamente si el desarrollo de fibrosis pulmonar ocurre en la población sobreviviente. El seguimiento de los pacientes después de COVID-19 es esencial.



## TL 241 - FRECUENCIA DE COINFECCIÓN VIRAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE SECUNDARIA A NEUMONÍA POR SARS-COV-2 EN UN HOSPITAL CENTINELA DE VIGILANCIA EN LA REGIÓN METROPOLITANA

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Pérez I.1; López Ml.1; Arraño, N.2; Bergen, MJ.2; Rodríguez S.2; Bustamante E.3, Florestano C.3, Farías P4, Rosas R.5, Bustos C5.1 Médico Residente del programa de Medicina Interna, Universidad de los Andes.2 Inter-nos de Medicina, Universidad de los Andes3 Médico Internista, Hospital Militar de Santiago4 Médico Broncopulmonar, Hospital Militar de Santiago5 Médico Infectólogo, Hospital Militar de Santiago

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las infecciones respiratorias agudas son causa de alta morbimortalidad en la población mundial, y su principal etiología es viral, reportándose la presencia de coinfección viral con una frecuencia de hasta 37% en algunas series. Puntualmente, las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) consideran aquellas presentaciones con criterios de severidad que requieren hospitalización, como insuficiencia respiratoria o compromiso hemodinámico. El objetivo de este trabajo es describir la frecuencia de coinfección viral en pacientes hospitalizados con diagnóstico de IRAG secundarios a neumonía por SARS-CoV-2 confirmado por PCR, a través del análisis de los resultados obtenidos con el sistema PCR FilmArray™ respiratorio en muestra de hisopado nasofaríngeo realizados de forma rutinaria a su ingreso en un centro centinela de la Región Metropolitana de Santiago.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo de los resultados del FilmArray™ respiratorio de 252 pacientes con diagnóstico de IRAG secundario a neumonía por SARS-CoV-2, hospitalizados en el servicio de medicina y unidades de paciente crítico de un hospital terciario de la Región Metropolitana de Santiago entre el 1 de abril y 31 de julio de 2020. Para el análisis estadístico, se utilizó frecuencias y proporciones para variables cualitativas.

**RESULTADOS:** De los 252 pacientes hospitalizados con FilmArray™ respiratorios de ingreso realizados en el período descrito, se identificaron cinco pacientes con coinfección viral (1.98%): un caso de coinfección con Parainfluenza 4, uno con Parainfluenza 3, uno con Parainfluenza 1, uno con Rhinovirus/Enterovirus, y un caso con 2 coinfectantes: Rhinovirus/Enterovirus y Parainfluenza 3.

De estos pacientes, tres requirieron ventilación mecánica invasiva, mientras que una paciente se manejó de manera compasiva, falleciendo durante su hospitalización. La duración de estadía promedio en estos pacientes fue de 16.8 días.

**CONCLUSIONES:** En nuestra serie de pacientes se observó una frecuencia de 1.98% de coinfección viral mediante FilmArray™ en pacientes con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2. No se registraron casos de coinfección por virus Influenza A o B, lo que resultó de utilidad para suspender precozmente la terapia antiviral con inhibidores de neuraminidasa. Estos resultados podrían ser de utilidad para guiar la terapia empírica de estos pacientes, en vista del alto uso reportado de Oseltamivir reportado en literatura internacional.

Estas observaciones nos permiten replantear la necesidad de estudiar coinfección viral en pacientes con Neumonía por SARS-CoV-2, considerando el contexto epidemiológico, la circulación viral en la comunidad y el alto costo de esta técnica, que supera en nuestro medio los US\$250.

Llama la atención en los resultados descritos el alto requerimiento de ventilación mecánica invasiva y por consiguiente una mayor duración promedio de estadía hospitalaria en los pacientes que presentaron coinfección viral. Se requiere mayor estudio para poder establecer si la presencia de coinfección viral representa un factor de gravedad independiente en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2.



## TL 242 - UROLITIASIS A REPETICIÓN COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PARTIR DE UN CASO EN PACIENTE HOSPITALIZADA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Geraldine Rauch L.1,b, Vicente Brito M.a,b, Valentina Kuschel P.a,b, Clara Leyton S. a,b, Nicolás Nuñez M.a,b, Luis Saa G.a,b, Camila Villafranca Sch.a,b; 1Residente Medicina Interna, Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana de Santiago; aInterno de Medicina, Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana de Santiago; bCampo Clínico Hospital Padre Hurtado, Santiago

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El hiperparatiroidismo primario (HPTP) es la causa más frecuente de hipercalcemia ambulatoria, con una presentación asintomática/oligosintomática al momento del diagnóstico. Sin diagnóstico precoz, pueden presentarse complicaciones, dentro de las que están las nefrourológicas. A continuación, presentamos el caso de paciente hospitalizada por cólico renal, en la cual se llegó al diagnóstico luego de 9 años de cuadros similares.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 43 años hipertensa hace 13 años, en tratamiento con Enalapril. Urolitiasis recurrente, múltiples hospitalizaciones, monorrena quirúrgica por pionefrosis con absceso renal. Hace 7 meses con pigtail derecho por ureterolitiasis. Gemela con diagnóstico de cáncer papilar de tiroides el año pasado. Consulta por cólico renal asociado a vómitos y anuria de 6 horas, posterior a retiro de pigtail calcificado. En urgencias estaba taquicárdica, hipertensa, subfebril, deshidratada y puño percusión positiva derecha. Laboratorio de ingreso: falla renal aguda (creatinina: 2.34 mg/dl), acidosis metabólica (pH: 7.24) con anión GAP aumentado e hipobicarbonatemia (20.4 mmol/L), anemia de enfermedad crónica, elevación de parámetros inflamatorios e hipercalcemia corregida en 11.3 mg/dl con fósforo límite bajo (2.5 mg/dl). Pielografía: hidroureteronefrosis derecha con edema periuretral y nefrolitiasis con 4 cálculos no obstructivos. Se hospitaliza con diagnóstico de falla renal aguda secundaria a obstrucción y deshidratación, con sospecha de Pionefrosis por lo que se inicia Ceftriaxona EV. Buena respuesta a antibióticos e hidratación, persiste con acidosis a pesar de mejoría en la función renal. Mantiene hipercalcemia, siempre bajo 12 mg/dl, con hipofosfatemia. Déficit de hidroxido-25 Vitamina D (inactiva) (8.61 ng/ml) y relación calciuria/creatininuria (CCCR) 24 horas en 0.02 mmol/L. Hormona paratiroidea elevada (PTH) (313 pg/ml), estudio compatible con HPTP. Paciente se maneja con hidratación y se indica manejo al alta.

**DISCUSIÓN:** El HPTP es la causa ambulatoria más frecuente de hipercalcemia, principalmente por adenoma solitario esporádico. Causa alteración del setpoint de regulación del calcio en la glándula paratiroides. Más frecuente en mujeres mayores de 50 años. Un 10% es de carácter hereditario (principalmente el grupo de neoplasias neuroendocrinas). Menos del 20% tiene síntomas, principalmente secundario a complicaciones renales y óseas. De todos los pacientes con urolitiasis, sólo un 3% tiene este trastorno. Sin embargo, las complicaciones renales son la principal manifestación sintomática (10-15% al diagnóstico). El laboratorio permite diferenciarlo de otras causas de hipercalcemia como hiperparatiroidismo secundario, terciario e hipercalcemia hipocalciúrica familiar: hipercalcemia (en general < 12 mmol/L), PTH elevada o inadecuada, hipofosfatemia, aumento de la Vitamina D activa (con disminución de la forma inactiva) con CCCR > 0.01. Pueden presentar acidosis tubular renal secundario a la PTH y daño tubular por calcio. Todo paciente con urolitiasis recurrente tiene indicación de estudio, especialmente monorrenos. El manejo definitivo es la extirpación quirúrgica.



## TL 243 - TALASEMIAS A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Gómez, Evelyn 1; Arjona, Rodolfo 2. 1Médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación, Cesfam Los Volcanes, Llanquihue. 2Interno de medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las talasemias son grupo heterogéneo de hemoglobinopatías hereditarias que conforman un grupo de trastornos donde se ve alterada la proporción normal de producción de globina, generando una relación anormal de las cadenas impidiendo que estas se apareen, produciendo su precipitación, desencadenando una eritropoyesis ineficaz y hemólisis, fenómenos que se expresa con grado variable de anemia y hematopoyesis extramedular, que a su vez causa alteraciones óseas, de crecimiento y sobrecarga de hierro. Las talasemias se pueden describir según la globina que deja de producir o el fenotipo clínico. Las más comunes son la alfa talasemia y la beta talasemia.

**CASO:** Paciente de sexo femenino de 54 años de edad, con antecedentes de Diabetes Mellitus 2, Hipertensión arterial, Cáncer cervicouterino e hipotiroidismo, es derivada al policlínico de medicina interna por anemia microcítica hipocrómica de 6 años de evolución. Se había tratada con sulfato ferroso sin respuesta clínica.

En la anamnesis niega hábito tabáquico, sin consumo de alcohol, actualmente menopáusica, cursó 5 gestaciones y un aborto espontáneo en el primer trimestre. Presentaba antecedentes familiares de cáncer gástrico a los 60 años de edad y madre con Diabetes Mellitus 2. Se había solicitado test de hemorragia oculta, que dio como resultado negativo. También se estudió endoscopia digestiva alta sin hallazgos patológicos. Al examen físico destacaba leve palidez de mucosas, sin otros hallazgos al examen físico.

Se solicita nueva batería de exámenes:

25/10/2016 Hematocrito 33,8% Hemoglobina 10,3 gr/dL, VCM 67,7 ft, CHCM 30,4%, Leucocitos  $7,7 \cdot 10^3/uL$ , segmentados 36%, linfocitos 53%, Plaquetas  $174,0 \cdot 10^3/uL$ , VHS 20 mm/h. Frotis: anisocitosis (+++), microcitosis (++) , macrocitosis (+), anisocromia (+), hipocromia (+), policromatofilia (+), poiquilocitos (+), eliptocitos (+). Leucocitos y plaquetas normales. HbA1c 9,1%, Glucemia 116 mg/dL, FA 123 U/L, GPT 40 U/L, resto del perfil bioquímico normal. TSH 2,77 uUI/ml y Test hemorragia oculta en deposiciones (-).

21/12/2016 Colonoscopia completa normal, colon bien preparado, se llega hasta el ciego.

25/01/2017 Eco abdominal: normal. Hígado se describe normal, hepatocolédoco de 5 mm, vesícula biliar ausente. Riñones y flujos vasculares normales.

26/01/2017 HbsAg (-), Ac VHC (-), ANA (-), IgM 181 mg/dl, IgG 1593 mg/dL, IgA 460 mg/dL, Hierro sérico 74 mcg/dL, CTFH 360 mcg/dL, saturación de transferrina 20,6% y Ferritina 116 ug/l.

Finalmente se solicita electroforesis. Resultado de Electroforesis de Hb tomada en agosto y derivada al laboratorio Pontificia Universidad Católica: HbA 96,4% / HbA2 3,6% (VN  $< o = 3,5\%$ ). Compatible con Beta-Talasemia menor Paciente es derivada a hematología, sin controles posteriores en sistema.

**DISCUSIÓN:** Siendo la anemia un diagnóstico frecuente en atención primaria, debido a la baja incidencia nacional y las características de los síntomas, la sospecha de talasemia se realiza por descarte de patologías más frecuentes como podría ser una anemia ferropriva o causada por enfermedad crónica, siendo un diagnóstico diferencial que es importante tener presente para llegar a un diagnóstico correcto.



## TL 244 - ANEMIA HEMOLÍTICA COMO DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Celis, Daniel; Hafemann Ignacia, Lisboa Dario

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad multifactorial con evidencia de susceptibilidad genética, efectos ambientales y alteraciones en la inmunidad innata y adaptativa, se estima una incidencia de 40/100.000 habitantes, con una relación mujer/hombre 9:1. Dentro de los criterios internacionales – SLICC - para el diagnóstico, se encuentra la anemia hemolítica, presentándose en <5% de los casos, con una estimación de debut en <0.2%.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Sexo masculino 43 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 2 semanas de astenia progresiva, fatigabilidad, disnea de esfuerzo y cefalea frontooccipital opresiva. Al examen físico destaca ictericia de mucosas. El estudio revela anemia hemolítica autoinmune, con presencia de marcadores inmunológicos, configurando el diagnóstico de LES.

**EXÁMENES:** Hemograma: hemoglobina 9.4, Hematocrito 26.4%, VCM 84, HCM 29.8, CHCM 35.6, anisocitosis, macrocitosis, policromatofilia, índice reticulocitario 5%, plaquetas 316.000, leucocitos 8.700, VHS 2. Bilirrubina indirecta 2.6 mg/dl (total: 2.7), LDH: 1206. Coombs directo positivo. VDRL no reactivo. Factor reumatoideo negativo, Complemento 3: 59, Complemento 4: 8, Inmoglobulina A, Inmoglobulina M, Inmoglobulina G, anticuerpo antinuclear: 1/160, anti-dDNA positivo, resto perfil reumatológico normal. Ecografía abdominal destaca esplenomegalia 13.3 cm.

**CONCLUSIÓN:** Frente a una anemia hemolítica es fundamental un estudio acabado para lograr llegar a la etiología, ya que como en este caso, podría ser la única manifestación de una enfermedad potencialmente tratable. Este tipo de anemia es una manifestación infrecuente del LES, sin embargo, su presencia otorga severidad a la enfermedad, obligando a un diagnóstico y tratamiento precoz.



## TL 246 - MENINGOENCEFALITIS Y SARS-COV-2: ¿OTRA MANIFESTACIÓN INFRECUENTE DE UNA INFECCIÓN EMERGENTE? REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** López, Ma. Ignacia (1) Loor, Andrea (1) Hoffmann, Andrea (1) Fagalde, Pascale (2) Cariola, Martín (3), Sifiga, Joaquín (3) Charpentier, Paulo (4) Navarrete, Gabriel (4) (1) Becada Medicina Interna, Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2) Becada Cirugía Máxilofacial, Universidad de los Andes, Santiago, Chile (3) Interno Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile (4) Médico internista, Hospital Militar de Santiago, Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) es una pandemia altamente infecciosa causada por un nuevo coronavirus llamado síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Esta enfermedad tiene múltiples manifestaciones, que pueden ir desde pacientes asintomáticos hasta enfermedad grave e incluso causar la muerte. Si bien la presentación clínica predominante es con enfermedad respiratoria, las manifestaciones neurológicas se conocen cada vez más.

En base al conocimiento de otros virus de esta familia, especialmente los causantes del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), se podría esperar que los casos con afectación del sistema nervioso central (SNC) sean raros.

Aun cuando no se ha establecido el mecanismo exacto por el cual este virus ingresa al SNC, dos opciones parecen ser las más probables: 1) diseminación hematogena desde la circulación sistémica a la cerebral, con daño del endotelio capilar. 2) diseminación a través de la placa cribiforme y bulbo olfatorio.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 51 años, con antecedente de obesidad, consulta al servicio de urgencias de Hospital Militar de Santiago, por cuadro de 1 día de evolución de mialgias generalizadas y cefalea, a lo que se le agrega compromiso cuali - cuantitativo de conciencia. Niega síntomas respiratorios.

Ingresa taquicárdico 105 latidos por minuto, polipneico 25 respiraciones por minuto y temperatura de 37,8°C. Al examen físico inquieto, con coprolalia y rigidez de nuca. En el laboratorio destacan glóbulos blancos en 3.800 K/uL, proteína C reactiva 15.3 mg/L, ferritina 624 ng/ml, hemocultivos y urocultivo negativos. Escáner y resonancia de cerebro que se informa sin alteraciones y escáner de tórax con incipientes focos de neumopatía multifocal. Ingresa a unidad de paciente crítico por sospecha de encefalitis. En estudio de líquido cerebroespinal (LCE) destaca líquido claro, proteinorraquia de 68 mg/dL, glucosa de 65 mg/dL, estudio de tinta china, baciloscopia y FilmArray negativos. En FilmArray respiratorio destaca SARS CoV 2 (+). Se realiza test toxicológico que resulta negativo, VDRL no reactivo y electroencefalograma sin alteraciones. Durante su hospitalización evoluciona con requerimientos de oxígeno hasta cánula nasal de alto flujo, los cuales disminuyen luego de iniciar tratamiento con corticoides sistémicos. Evaluado por equipo de neurología quienes concluyen que cuadro compatible con compromiso tóxico metabólico en contexto de proceso infeccioso por Sars Cov-2. Evoluciona de forma favorable con recuperación de estado de conciencia, sin alteraciones al examen físico y ni neurológico.

**DISCUSIÓN:** A medida que el SARS-CoV-2 continúa propagándose, se ha convertido en un problema mundial desafiante después de su aparición en diciembre de 2019. A pesar de que su sintomatología característica sea la dificultad respiratoria, algunos pacientes también han mostrado manifestaciones del SNC, por lo que un alto índice de sospecha frente a un paciente con compromiso neurológico, que presente pruebas de laboratorio negativas para etiologías más típicas, es clave para un diagnóstico oportuno.



## TL 247 - EXPERIENCIA DE POSICIÓN PRONO VIGIL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR COVID-19

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Hechenleitner, Francisca<sup>1</sup>; González, Javier<sup>2</sup>; Aizman, Andrés<sup>3</sup>; Valenzuela, Andrés<sup>3</sup>; Rojas, Luis<sup>3</sup>; Abbott, Eduardo<sup>3</sup>; Román, Fernando<sup>3</sup>; <sup>1</sup>Residente de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile; <sup>2</sup>Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile; <sup>3</sup>Médico Internista, Departamento de Medicina Interna Hospital Clínico Universidad Católica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La posición prona ha sido una estrategia disponible para el manejo del distrés respiratorio agudo, la cual ha demostrado beneficios en pacientes bajo ventilación mecánica en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Dicha técnica se ha aplicado en pacientes en vigilia, conocido como Prono Vigil (PV). Hasta la fecha hay escasos estudios que han demostrado principalmente beneficios fisiológicos. En contexto de pandemia, donde la escasez de camas UCI es un problema mayor, evitar el ingreso a esta unidad representa una necesidad imperante, sin olvidar las complicaciones asociadas a la intubación y al paciente crítico.

**OBJETIVO:** Evaluar la proporción de pacientes que ingresan a UCI tras ser sometidos a PV respecto a una cohorte histórica.

**MÉTODOS:** Estudio observacional. Se incluyeron sujetos >18 años de Unidad de Intermedios, con criterios de ingreso a PV definido como: paciente hospitalizado con neumonía COVID-19 (confirmado o sospechoso), con requerimientos > 3Lts/min o FiO<sub>2</sub> > 35% para mantener SpO<sub>2</sub> >90%, con la capacidad para cambiarse de posición con asistencia mínima en la cama y que tratante indicó PV). Se excluyeron pacientes en falla respiratoria que requiere intubación inmediata, necesidad de ventilación mecánica no invasiva, taquipnea >40/min, signos de fatiga respiratoria, compromiso de conciencia o incapacidad para proteger la vía aérea, PaCO<sub>2</sub> > 50mm Hg, trauma facial o torácico, neumotórax u otra contraindicación a la posición en prono (Ej: inestabilidad espinal, cirugía abdominal reciente, etc.), inestabilidad hemodinámica, IMC > 40, Vómitos persistentes. Se realizó seguimiento para definir la proporción de pacientes que escalaban UCI, comparándose con una cohorte histórica seleccionada según edad y escalas de riesgo similar (CURB-65, CALL y SMART-COP). Se realizó análisis estadístico según pruebas no paramétricas.

**RESULTADOS:** 12 pacientes fueron sometidos a PV. 16 pacientes fueron rescatados como controles de la cohorte histórica. La edad promedio de los pacientes fue de 64.6(11.9) para el grupo PV versus 62.4(15.8) para el grupo control, sin diferencias significativas (p=0.7). No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a la estratificación de riesgo (CURB-65:1.4(0.9), CALL: 10.1(2.5), SMART-COP: 4.0(1.5)). De los pacientes sometidos a PV un 33%(14.2) tuvo necesidad de escalar a UCI versus un 19%(10.1) del grupo histórico, sin diferencias significativas (p=0.42), así como el tiempo de ingreso-necesidad de UCI tampoco mostró diferencias significativas.

**CONCLUSIONES:** La aplicación de PV es una estrategia de reciente aparición, sobre todo en contexto de pandemia por SARS-CoV-2. Existe escasa literatura sobre PV, enfocada principalmente en su efectividad fisiológica. Se ha visto en esta cohorte que el PV en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda por COVID-19 no reduce la probabilidad de ingreso a UCI ni del tiempo de llegada a esta. Las limitaciones vistas en esta cohorte es el número de participantes, la carencia de aleatorización y de la presencia de una cohorte control paralela que permita establecer un efecto real del PV. Es por esto que es necesario nuevos estudios para determinar el real beneficio del PV.



## TL 248 - SÍNDROME BUDD-CHIARI COMO PRESENTACIÓN DE HEPATOCARCINOMA: ¿CÓMO ABORDARLO?

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Hafemann, M. Ignacia; Celis, Daniel; Lisboa, Darío; Médico EDF 3er año Hospital Familiar y Comunitario de Curacaví; médico EDF Cesfam Trinidad, La Florida

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Budd-Chiari (SBC) es la obstrucción del flujo venoso hepático, desde las vénulas hepáticas hasta la vena cava inferior y aurícula derecha. Sólo el 10% corresponde a cáncer, y a su vez, sólo el 1% de las hepatocarcinomas, están asociados a SBC.

**DESCRIPCIÓN DEL CASOS:** Se presentan dos casos de SBC secundarios a infiltración tumoral por hepatocarcinoma, con diagnóstico previo de daño hepático crónico. Caso 1: Mujer, 74 años, presenta un mes de epigastralgia, distensión abdominal y baja de peso. Caso 2: hombre, 70 años, alcohólico, con un mes de baja de peso, dolor hipocondrio derecho y ascitis clínica. Ambos presentan una elevación leve de transaminasas, alfafetoproteína elevada, con imagenología que evidencia hepatocarcinoma con obstrucción de flujo venoso hepático secundario a infiltración tumoral.

**DISCUSIÓN:** Aunque es infrecuente, es necesario reconocer la presentación como SBC de la hepatocarcinoma y su manejo, ya que configura un peor pronóstico a la enfermedad. Sigue siendo controversial la postulación de un manejo universal, ya que no existen suficientes estudios sobre la presentación como SBC de hepatocarcinomas, sin embargo, el manejo médico es un pilar fundamental en el tratamiento, aunque no debe constituir el único apoyo en el cuadro agudo.



## TL 249 - MIELOMA MÚLTIPLE: REPORTE DE EDAD DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Hafemann, M. Ignacia; Celis, Daniel; Lisboa, Darío; Médico EDF 3er año Hospital Familiar y Comunitario de Curacaví; médico EDF Cesfam Trinidad, La Florida

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El Mieloma Múltiple (MM) constituye, la segunda neoplasia hematológica tras el linfoma. La edad de aparición se encuentra en los 69 años y sólo un 15% de los casos se diagnostica antes de los 50 años. La International Agency for Research on Cancer estima una incidencia en Chile de 2,2 x 100.000 habitantes-año.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de sexo femenino de 54 años de edad, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de 2 meses de evolución de cansancio progresivo adinamia, astenia, y baja de peso aproximadamente 6 kg en los últimos 6 meses, sudoración nocturna ocasional. Ingresó hemodinámicamente estable, hipertensa, con tendencia a la taquicardia, taquipnea, SatO<sub>2</sub> 98% FiO<sub>2</sub> 21, afebril.

**EXÁMENES:** Se solicitan exámenes (tabla 1), en los cuales destaca anemia crónica severa normocítica normocrómica asociado a falla renal. Electroforesis de proteínas en sangre (imagen 1): hiperproteinemia a expensa de beta globulina con bandas de aspecto monoclonal; Incremento de: Beta 2 microglobulina 6.3 mg/L, Inmunoglobulina A (IgA) sérica 4050,4 mg/d; Proteínas de Bence-Jones positiva; Mielograma: Medula ósea infiltrada (55%) por plasmocitos y plasmoblastos. El resto de las series medulares proporcionalmente disminuidas. Radiografía de cráneo con imágenes radiolúcidas en huesos frontales y parietales de carácter lítico. Hemoglobina: 5,1 mg/dl, Hematocrito: 16.8%, Frotis: anisocitosis ++, anisocromia, glóbulos blancos con granulación tóxica+, plaquetas: 146.000, leucocitos: 4.400, creatinina: 1,82, nitrógeno ureico: 24, ácido úrico: 7,1, calcio: 8,7, sodio: 147, potasio: 4,2, VHS: 120, INR: 1,1, bilirrubina total: 0,2, albúmina: 3,3, lactato deshidrogenasa: 390, Fosfatasasa alcalinas: 151, proteínas totales: 8,5, Inmunoglobulina G: 887, Inmunoglobulina M: <12,5, Anticuerpo antinuclear: negativo, Virus Inmunodeficiencia adquirida: negativo, virus hepatitis B: negativo, virus hepatitis C: negativo

**DISCUSIÓN:** Cuadro clínico de mieloma múltiple que debuta con anemia y lesiones ósea es frecuente pero sólo un 37% de los pacientes son menores de 65 años como el caso clínico. La estrategia terapéutica se relaciona principalmente con la edad y con mejor respuesta después del trasplante autólogo, supervivencia global libre de progresión prolongada, por lo cual es importante pesquisa y diagnóstico precoz. **CONCLUSIÓN:** Frente a la sospecha de mieloma múltiple es fundamental un estudio acabado para lograr llegar a su diagnóstico, puesto que las presentaciones pueden ser diversas; dificultando el correcto diagnóstico ya que como en este caso, podría ser la única manifestación de una enfermedad potencialmente tratable. Este tipo de presentación de mieloma múltiple es infrecuente; sin embargo, su diagnóstico y tratamiento precoz implica radicales mejorías en el pronóstico de la enfermedad.



## TL 251 - ERITRODERMIA Y SINDROME PARANEOPLASICO: A PROPOSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Celis, Daniel<sup>1</sup>; Hafemann Ignacia<sup>2</sup>, Lisboa Darío;(1) Medico EDF 3er año, Cesfam Trinidad, La Florida;82) Medica EDF 3er año Hospital Familiar y Comunitario de Curacaví

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Dentro de las múltiples manifestaciones clínicas del síndrome paraneoplásico, se incluyen las dermatosis en segundo lugar en frecuencia. El único tratamiento definitivo, en la mayoría de los casos, corresponde al tratamiento de la neoplasia causante de la lesión; sin embargo, la etiología neoplásica o paraneoplásica representa apenas el 1% de los casos. Se le han implicado los cánceres de laringe, tiroides, mama, pulmón, esófago, estómago, hígado, aunque se ha relacionado más frecuentemente con neoplasias hematológicas y linfomas cutáneos de células T, que representan del 25 al 40% de los casos asociados a malignidad. Dentro de este subgrupo, las micosis fungoides y el síndrome de Sézary son los más frecuentes. Los pacientes con eritrodermia presentan con frecuencia prurito temblor fino, sensación de frío y una linfadenopatía periférica generalizada que hace necesario un análisis histológico y molecular para poder descartar neoplasias hematológicas.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 65 años de edad, DM 2 NIR, consulta por cuadro de 2 años de evolución de lesiones maculares, eritematosas, pruriginosas que se distribuyeron en ambas extremidades superiores e inferiores, progresando a tórax, zona dorsal y cuero cabelludo asociado a cambios de coloración en la piel, grisáceo con placas descamativas llegando a induración y queratosis palmar, aumento de volumen palpebral bilateral, paroniquia, adenopatías cervicales, y baja de peso de aproximadamente 8 Kg en 2 meses. Dentro de estudio destaca IgE 690, VHS 47, PCR 27,9, función hepática y renal normal con VIH, VDLR, VHC y VHB negativos. Se maneja en primera instancia con corticoides persistiendo con mala evolución. Evaluado por Dermatología, se pesquisa serología positiva para toxocara canis, iniciándose tratamiento con albendazol y crema con ácido acetilsalicílico con mala respuesta; se indica biopsia de lesiones por sospecha de micosis fungoide, sin embargo, resultado informa dermatitis crónica psoriasiforme. Evaluado por medicina interna, se solicita estudio con TAC destacándose adenopatía reactiva cervical izquierda, axilar derecha y múltiples adenopatías cervicales menores a 10mm, sin foco neoplásico. Se realiza biopsia de adenopatía axilar que informa hallazgos compatibles con hiperplasia paracortical reactiva o linfadenitis dermatopática.

**DISCUSIÓN:** Dentro del amplio rangos de manifestaciones clínicas de las dermatosis, nunca debemos dejar de considerar las causa neoplásicas o paraneoplásicas de estas lesiones, ya que reconocer específicamente la características de estas, tiempo de evolución, zonas del cuerpo afectadas, tratamientos previos, enfermedades concomitante, consumo de fármacos y/o drogas, permite una temprana identificación de estas lesiones, pudiendo identificar en una fase temprana de algún cáncer, quizás meses o años antes previo al resto de manifestaciones clínicas propios de la neoplasia. Sin embargo, al realizar todo el estudio, se han encontrado que hasta en un tercio de los pacientes no se logra encontrar la etiología definitiva con precisión, siendo la eritrodermia idiopática crónica la que más se ha asociado a progresión de linfoma cutánea de células T.



## TL 252 - ONDA J DE OSBORNE EN PACIENTE CON HIPOTERMIA. A PROPOSITO DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Lisboa, Darío 1; Celis, Daniel1; Hafemann, Ignacia2;(1) Médico EDF 3er año, Cesfam Trinidad, La Florida;(2) Médica EDF 3er año Hospital Familiar y Comunitario de Curacaví

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La hipotermia es definida como el descenso de la temperatura corporal inferior a 35°C, la cual puede ser inducida con fines terapéuticos o bien secundaria a alguna afección o situación circunstancial. Se han asociado distintas alteraciones a esta condición, entre las cuales destacan coagulopatía, acidosis, disfunción miocárdica, arritmia y alteraciones electrocardiográficas, con algunas manifestaciones clásicas específicas, como la prolongación del PR, alargamiento del QT y la onda J o de Osborne, clásicamente descrita como una deflexión positiva que sigue al complejo QRS o como una onda secundaria.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 34 años de nacionalidad haitiana, que es traído al servicio de urgencia, tras ser encontrado en compromiso cualitativo de conciencia en vía pública, sin más antecedentes. El paciente ingresa hemodinámicamente inestable, hipotenso, frío, mal perfundido, con temperatura corporal medida de 28°C, y HGT en HI. En exámenes de laboratorio de ingreso destaca: pH: 6.74, PCO<sub>2</sub>: 23, PO<sub>2</sub>: 156, Bicarbonato: 3.0, nitrógeno ureico: 30.3, creatinina: 1.97, Na: 134, K: 4.8. En monitor destaca ritmo irregular con complejo ancho. Se solicita una tomografía computada de cerebro sin contraste en que no se aprecian hallazgos de carácter agudo. En el electrocardiograma realizado se aprecia fibrilación ventricular con respuesta ventricular adecuada, destaca la presencia de onda J en derivadas V2-V6, DII, III y aVF. Se inicia manejo con suero fisiológico tibio endovenoso y por sonda nasogástrica, además de aporte de bicarbonato 2/3M por vía central. Adicionalmente se indica manejo con mantas térmicas e instalación de calefactor eléctrico. Se solicita control de signos vitales evidenciando recuperación de presión arterial y temperatura hasta 34°C. Se solicita ECG de control que resulta normal.

**DISCUSIÓN:** La onda J. de Osborne fue descrita en el año 1953 por J. Osborne en contexto de una fibrilación ventricular tras la realización de una hipotermia experimental. Su aparición se puede ver varios en estados clínico, como en hipercalcemia, hemorragia subaracnoidea, síndrome coronario agudo, síndrome de repolarización precoz e hipotermia. Su génesis se ha relacionado a una diferencia en los potenciales de acción transmural de las células epicárdicas y endocárdicas. La presencia de un potencial de acción prominente a nivel epicárdico, mediado por calcio, generando una diferencia visible en el electrocardiograma, clásicamente visto como una muesca (espiga-depresión-domo). El potencial de acción de las células endocárdicas no presenta cambios, lo que genera un desfase y retardo entre los potenciales de acción de ambos tipos de células, lo cual es la base fundamental de la onda.

La importancia de este hallazgo en el electrocardiograma define el riesgo de presentar arritmias ventriculares, generalmente fibrilación ventricular. Es mediante un incremento en la dispersión de la repolarización, que activa un mecanismo de reentrada en fase 2 del potencial de acción, y mediante un aumento del automatismo, las formas en que se generan los distintos tipos de arritmias ya mencionadas.



## TL 256 - NEUROSÍFILIS ASINTOMÁTICA EN PACIENTE JOVEN Y DEBUT DE VIH: UN CASO CLÍNICO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Vergara, Pablo 1; Athens, José 1; Trullenque, Gabriel 1; Lea, Rodrigo 1; Pino, Mercedes 2; Alzamora, Daisy 2; Gutiérrez, Catalina 3. 1: Becado Med. Interna Universidad de Chile; 2: Médico Internista Hospital San Juan de Dios; 3: Médico Internista, Infectóloga Hospital San Juan de Dios

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*, ubicándose en Chile como la ITS de mayor tasa de notificación (31.4 x cien mil hab. en 2019) y con una tendencia al alza. Su progresión natural hacia etapas avanzadas puede llevar a una infección del sistema nervioso central o neurosífilis, afectando en primera instancia a meninges y vasculatura encefálica, para más tarde comprometer parénquima cerebral o medular. Si bien su incidencia ha disminuido tras el auge de los antibióticos, es posible pesquisar aún el compromiso neurológico en pacientes coinfectados con VIH, en quienes la sífilis es más agresiva y acelerada. En la minoría de los casos, como en el presentado a continuación, la neurosífilis puede no presentar síntomas neurológicos, lo que traduce un desafío diagnóstico.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 24 años, homosexual y con antecedentes de relaciones sexuales no protegidas en los últimos 5 meses, sin otros antecedentes. Consulta por historia de 5 días de evolución de aumento de volumen testicular izquierdo doloroso, afebril, sin gatillante claro ni otros síntomas asociados. Destaca al examen físico testículo izquierdo edematoso, eritematoso e indurado, sin secreción uretral o adenopatías locales. Exámenes de ingreso con leucocitosis de 13.060/uL y PCR 98.5 mg/L, urocultivo negativo, VIH reactivo con carga viral 80.200 copias/mL y linfocitos CD4 200 cel/uL, además de VDRL reactivo 1/64, resto de serologías negativas (VHB/VHC). Ecografía testicular compatible con orquiepididimitis izquierda. Evoluciona con lesiones maculopapulares en extremidades inferiores, por lo que se sospecha sífilis 2ría. TC de cerebro y fondo de ojo sin alteraciones. Se realiza punción lumbar que informa VDRL reactivo con leucocitos 6/mm<sup>3</sup>, proteínas 64 mg/dL y ADA 2.9 U/L. Inicia esquema de penicilina sódica 4.000.000 u c/4 horas endovenosa por 14 días asociado a tratamiento de orquiepididimitis y terapia antiretroviral, con buena evolución clínica posterior.

**DISCUSIÓN:** Es conocido que pacientes VIH positivos tienen un mayor riesgo de presentar manifestaciones avanzadas de sífilis y de forma más precoz que personas inmunocompetentes. De acuerdo a la norma ministerial vigente de ITS, deberá realizarse punción lumbar a todo paciente con diagnóstico de VIH que presente CD4 < 350/mm<sup>3</sup> o serología de sífilis positiva (VDRL > 1/16 o RPR > 1/32), con o sin síntomas neurológicos. El diagnóstico de la neurosífilis se sella con VDRL reactivo en LCR, pudiendo pacientes inmunosuprimidos presentarse con leucocitos en rango normal o elevados (pleocitosis > 5/mm<sup>3</sup>) y con o sin proteinorraquia (prots. en LCR > 45 mg/dL). Series de casos reportan un 10-15% de neurosífilis en cualquiera de sus presentaciones en pacientes con VIH, a la vez que un 1.5 - 2% será asintomático. Por lo tanto, es de vital importancia realizar una búsqueda exhaustiva de esta patología, sobretudo en etapas precoces, lo cual apunta a prevenir las complicaciones irreversibles a largo plazo.



## TL 258 - DOCENCIA EN PERIODOS DE PANDEMIA DE COVID-19: AYUDANTÍAS DE ANATOMÍA PARA EL PROGRAMA DE PLAN COMÚN DE CARRERAS DE LA SALUD, MODELO Y EXPERIENCIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA CLÍNICA ALEMANA -UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO.

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Reichmann, Elisabeth 1; Arjona, Rodolfo 2; González, María Trinidad 2; Rivas, Sebastián 2; Álvarez, Nicolás 2; Martínez, María José 2; Vivanco, Fernando 2; Podestá, Catalina 2; Bernal, Alejandro 2; Trujillo, Hernán 2. 1Médico cirujano y docente del Departamento de Morfología de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, 2 Estudiantes de medicina y ayudantes alumnos de anatomía, Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Plan Común (PC) es una sección de las ayudantías de anatomía de la Universidad que busca reforzar el aprendizaje de los estudiantes de las carreras de salud, salvo medicina. El objetivo es proporcionar técnicas de estudio y solucionar dudas de los estudiantes. Debido al contexto de pandemia se cancelaron las actividades presenciales, a lo cual la ayudantía tuvo que adaptar su formato.

**METODOLOGÍA:** Ayudantías: Las carreras de PC se dividen en dos semestres, cursando morfología Enfermería, Obstetricia y Kinesiología el primero y Tecnología Médica, Nutrición, Fonoaudiología y Terapia ocupacional el segundo. Contamos con alrededor de 250 alumnos cada ciclo.

La ayudantía se realiza mediante videoconferencia. Se proyecta una presentación con los contenidos objetivo de la sesión, expresados en un documento guía de la cátedra de anatomía. Cada sesión la realiza una pareja de ayudantes. El eje central durante la ayudantía es la participación, para ello, a medida que emergen conceptos, se formulan preguntas y a partir de las respuestas de los alumnos se progresa con el tema. Cada ayudantía dura en promedio 1.5 hrs. Al término de la sesión, los coordinadores retroalimentan a los presentadores. Luego los alumnos evalúan a los ayudantes mediante una encuesta y finalmente se envía un documento con esquemas relevantes utilizados en la ayudantía. Las recapitulaciones previo a los certámenes son en base a dudas de los alumnos. Los ayudantes que realizaron ayudantías sobre los temas que se evaluarán en la prueba deberán responder las dudas de sus respectivos temas.

**COORDINACIÓN:** Al inicio del semestre se organizan las ayudantías acordes al calendario de la cátedra de anatomía y se distribuyen ayudantes para cada sesión. El 2020 se contó con 2 coordinadores y 22 ayudantes distribuidos en parejas, realizando una ayudantía y dos recapitulaciones cada una semestralmente. En general, se realizan 13 ayudantías y 3 recapitulaciones semestrales. Las cuales son llevadas a cabo por los coordinadores y 11 ayudantes. Durante el segundo semestre alternan los ayudantes. Los coordinadores también deben revisar las presentaciones de los ayudantes y presenciar las ayudantías para brindar apoyo.

**RESULTADOS:** Se ha contado con asistencia promedio de 49 alumnos por sesión y un peak de 127, lo que es 4 veces más que otros años. La retroalimentación anónima de estudiantes desprende que el 100%

considera que las ayudantías fueron de utilidad y que ha resuelto dudas y reforzados conocimientos en un ambiente interactivo y propicio para el aprendizaje. Al analizar los promedios de los estudiantes, se evidencia que quienes asistieron a la ayudantía tienen un promedio de notas 5 décimas superior en comparación con los alumnos que no asistieron. Asimismo, los promedios de los estudiantes varían 4 décimas por cada ayudantía extra a la que asisten.

**CONCLUSIÓN:** Las ayudantías adaptadas al formato de videoconferencia han cuadruplicado la asistencia preservando su calidad, lo que se evidencia en los promedios de los alumnos y en la retroalimentación entregada. El formato es una alternativa homologable en universidades con contextos similares.



## TL 259 - FORMACIÓN MÉDICA: AYUDANTÍA DE ANATOMÍA PARA ESTUDIANTE DE PREGRADO DE MEDICINA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19. FORMATO, EXPERIENCIA Y RESULTADOS.

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Reichmann, Elisabeth 1; Arjona, Rodolfo 2; Bernal, Alejandro 2; Vivanco, Fernando 2; Rivas, Sebastián 2; Podestá, Catalina 2; Álvarez, Nicolás 2; Trujillo, Hernán 2; Martínez, María José 2; González, María Trinidad 2. 1Médico cirujano y docente del Departamento de Morfología de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana- Universidad del Desarrollo, Santiago, 2 Estudiantes de medicina y ayudantes alumnos de anatomía, Facultad de Medicina, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Santiago.

### RESUMEN

**Introducción:** La Ayudantía de Anatomía (AAM) es una actividad que se realiza a estudiantes de pregrado de Medicina. Realizadas de manera presencial, se distribuyen en grupos a cargo de una pareja de ayudantes de Anatomía. Su objetivo es reforzar conocimientos y realizar un primer acercamiento a la práctica clínica.

Los ayudantes de Anatomía son alumnos de la carrera de Medicina, que han aprobado un curso previo para ser ayudantes de Anatomía. Habitualmente pertenecen a tercer, cuarto, quinto, sexto o séptimo año de la misma carrera.

Estas ayudantías eran realizadas de modo presencial semanalmente, pero con la suspensión de actividades presenciales las ayudantías fueron adaptadas a una metodología realizable a distancia para los alumnos de pregrado.

**Metodología:** El principal objetivo de las AAM es permitir el adecuado desempeño de los alumnos durante el curso de Anatomía. Para esto, se entregan herramientas de estudio y se facilita la comprensión de contenidos. Como objetivo secundario se incentiva la resolución de casos clínicos aplicando la materia correspondiente de la cátedra. Ambos objetivos tuvieron que adecuarse para ser realizados de modo online.

Los alumnos asistentes se distribuyen en 5 grupos de aproximadamente 20 estudiantes cada uno y 1 pareja de ayudantes a cargo de cada grupo. Estos se juntan mediante una plataforma de videoconferencias online para la realización del caso clínico correspondiente a la ayudantía.

Previo a cada sesión se realiza una reunión con todos los ayudantes y sus coordinadores para resolver dudas respecto al caso, revisar el adecuado manejo de la plataforma de videoconferencia, recordar objetivos y acordar un plan de acción en caso de desconexión de alguno de los expositores.

Al finalizar la ayudantía se hace una evaluación formativa digital en base a 5-7 preguntas de los contenidos vistos en la ayudantía para reforzar aquellos más importantes y realizar un cierre. Luego, se recopila información mediante una encuesta digital anónima que contiene una evaluación subjetiva respecto al desempeño de los ayudantes y una sección abierta a comentarios adicionales.

**Resultados:** Desde la migración al formato online se han realizado 7 ayudantías. Se ha contado con un promedio de 80% de asistencia de los alumnos de pregrado cursando la cátedra (35% mejor en comparación a las ayudantías presenciales). Mediante una encuesta anónima los estudiantes de pregrado indicaron en un 98,3% que les son útiles para la cátedra.

**Conclusión:** Durante la pandemia las ayudantías se han logrado adaptar a una metodología online para cumplir sus objetivos docentes en la formación médica de los alumnos de pregrado, logrando una mejor asistencia de alumnos que a las ayudantías realizadas de modo presencial.



## TL 260 - FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN PACIENTE MASCULINO CON ANTECEDENTE DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA: REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Valdés Morales, José Tomás 1; Alegría Madariaga, América 2; Arraño Rivera Nicolás 2; Caro Benado, Alberto 2; Galindo Pfeng, Sebastián 2; Henríquez Valdés, Rocío 2; Rivera Ortiz, Jaime 2; Rojas Carvajal Diego 2; 1Médico Cirujano, Universidad de los Andes, Santiago, Chile; 2Interno de Medicina, 7mo año, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La fiebre de origen desconocido (FOD) se define como "fiebre de duración  $\geq 3$  semanas y/o temperatura  $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$  en por lo menos 3 ocasiones y/o imposibilidad de lograr un diagnóstico etiológico luego de 3 consultas hospitalarias o una semana de evaluación intrahospitalaria".

Dentro de las causas principales encontramos las patologías infecciosas, seguidas por neoplásicas y autoinmunes sistémicas. La endocarditis infecciosa se ha vuelto una causa menos frecuente de FOD en las últimas décadas. Actualmente, suele ser una patología con cultivos no concluyentes o causada por microorganismos de difícil aislamiento. El presente artículo tiene como objetivo presentar un cuadro clínico de FOD en un paciente masculino con antecedente de cardiopatía congénita.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 28 años, con antecedentes de cardiopatía congénita operada, presenta cuadro de fiebre intermitente de inicio agudo cuantificada hasta los  $40^{\circ}\text{C}$ , asociada a calosfríos y sudoración nocturna de 3 días de evolución. Se agrega tos seca, anorexia y dolor torácico con tope inspiratorio por lo que consulta en el servicio de urgencias (SU), diagnosticándose neumonía adquirida en la comunidad, manejada con tratamiento ambulatorio. Buena respuesta inicial, pero en los siguientes 3 meses persiste sintomatología basal agregándose disnea ante esfuerzo leve y ortopnea, por lo que reconsulta en el SU. Al ingreso; taquicárdico, taquipnéico, hipertenso, febril, saturación 94%. A la anamnesis, refiere procedimiento dental quirúrgico hace 9 meses, recibiendo profilaxis antibiótica. Dentro del examen físico destaca dextrocardia con situs solitus, soplo holosistólico nuevo predominante en el foco mitral (III/VI), acropaquia y esplenomegalia. Laboratorio; leucocitosis con desviación izquierda y parámetros inflamatorios elevados. Electrocardiograma normal y radiografía tórax con infiltrado pulmonar intersticial bilateral y cardiomegalia. Ingresa con diagnóstico de FOD y sospecha de endocarditis bacteriana. Se complementa estudio con pruebas autoinmunes, hemocultivos (positivos para Streptococcus Oralis y Mitis) y ecocardiograma transtorácico (vegetaciones en válvula mitral). Se confirma el diagnóstico de endocarditis bacteriana, siendo tratado con antibióticos y dado de alta a las 4 semanas de tratamiento.

**DISCUSIÓN:** Como médicos, frente a cuadros larvados con respuesta parcial/inadecuada al tratamiento, debemos considerar diversos diagnósticos diferenciales. La FOD posee múltiples etiologías, desde la esfera infecciosa hasta autoinmune o neoplásica, por lo que la evaluación del paciente debe ser acuciosa tanto en puntos iniciales como avanzados. Existe un mayor riesgo de endocarditis infecciosa en hombres, antecedente de procedimientos dentales quirúrgicos y cardiopatías (congénitas, estructural adquirida). Los signos clínicos más frecuentes son la fiebre (80-95%) y soplo cardíaco nuevo o distinto (80-85%). Integrar los factores de riesgo, poblaciones susceptibles y aspectos clínicos principales, permitirían tener en cuenta conductas preventivas y una sospecha diagnóstica temprana. **PALABRAS CLAVE:** Adulto, Endocarditis bacteriana, Fiebre de origen desconocido



## TL 261 - SEMINARIOS DE AYUDANTES DE ANATOMÍA: EXPERIENCIA Y ADAPTACIÓN DE LA ACTIVIDAD DOCENTE INTER UNIVERSIDADES A NIVEL LATINOAMERICANO DEBIDO A LA PANDEMIA COVID-19.

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Reichmann, Elisabeth 1; Arjona, Rodolfo 2; Rivas, Sebastián 2; González, María Trinidad 2; Trujillo, Hernán 2; Bernal, Alejandro 2; Álvarez, Nicolás 2; Martínez, María José 2; Vivanco, Fernando 2; Podestá, Catalina 2; 1Médico cirujano y docente del Departamento de Morfología de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, 2 Estudiantes de medicina y ayudantes alumnos de anatomía, Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Actividad innovadora entre facultades de medicina de Latinoamérica, creada por ayudantes de anatomía de la Facultad de Medicina el año 2016. Consta de presentaciones, realizadas por ayudantes alumnos (AA) o invitados, cuyo eje central es la explicación de la clínica por medio de la anatomía. Los seminarios eran realizados mensualmente en los auditorios de las universidades, pero esto se vio interrumpido por las condiciones impuestas por la pandemia de COVID-19.

**MÉTODOS:** La suspensión de actividades presenciales en las universidades a causa de la pandemia de COVID-19 provocó modificaciones al modelo de desarrollo de seminarios de ayudantes de anatomía. La actividad consta de presentadores voluntarios que realizan exposiciones cuyo eje central es explicar la clínica por medio de la anatomía a través de temas libres, casos clínicos o habilidades docentes. Los presentadores son AA o invitados, profesionales tanto del área de la salud como externos. La modalidad para AA es de 10 minutos de exposición más 5 minutos de preguntas, mientras que los profesionales invitados tienen tiempo de exposición de 60 minutos. Cada encuentro mensual es organizado por un equipo de AA que deben prestar asistencia logística al evento. Las instancias fueron desarrolladas de manera presencial en las universidades participantes, modalidad que se adaptó para efectuarse completamente por videoconferencia. El coffee break, financiado por fondos concursables y auspicio de empresas, que se realizaba entre presentaciones para intercambiar ideas y fraternizar, debió suspenderse. Con participación gratuita, el público objetivo son AA o alumnos que tengan el curso de anatomía aprobado.

**RESULTADOS:** Se realiza desde el año 2016, con interrupción posterior a octubre del 2019. En años anteriores se tuvo la experiencia de presentaciones online desde Argentina y Perú. Por la suspensión de las actividades presenciales se adoptó la modalidad online, realizándose 4 reuniones el primer semestre 2020 y exponiendo 1 AA y 6 invitados de diferentes nacionalidades. El primer semestre 2019 la asistencia promedio fue de 29 personas de 3 países y 6 universidades: 3 de Chile, 2 de Perú y 1 de Argentina. El primer semestre del 2020 la asistencia promedio fue de 69 personas de 7 países y 28 universidades: 9 de Chile, 12 de Perú, 2 de Argentina, 2 de México, 1 de Uruguay, 1 de Venezuela y 1 de Nicaragua. Presentando un crecimiento en asistencia del 138% en las personas y 366% en universidades. No se obtuvo financiamiento ni hubo gastos, no se necesitó la asistencia de AA, siendo todo coordinado por turnos de 1 AA.

**CONCLUSIONES:** Los seminarios son una actividad innovadora, cuyo atractivo permite un constante crecimiento entre las universidades. La actividad se benefició de la modalidad online, aumentando la participación de alumnos y universidades tanto en provincia como también fuera de Chile, pero perjudicó las actividades de fraternización e intercambio de ideas que permitía el coffee break. El modelo adaptado a la suspensión de actividades presenciales de Seminarios de Ayudantes de Anatomía puede ser homologado en ayudantías de otras cátedras y otras carreras.



## TL 262 - ESCLEROMALACIA PERFORANS, COMPLICACIÓN EXTRA ARTICULAR POCO FRECUENTE DE LA ARTRITIS REUMATOÍDEA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Sebastián Cárcamo M1, Javier Rojas V2. 1Becado Medicina Interna UCH-HSJD. 2Médico Internista UCH-HSJD

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La artritis reumatoídea (AR) es una enfermedad autoinmune caracterizada por una poliartritis de articulaciones de pequeño tamaño, siendo la artritis inflamatoria más común, afectando del 0.5-1% de la población mundial. Si bien es considerada una enfermedad que afecta principalmente a las articulaciones, se presenta con una respuesta inmune sistémica anormal, la cual puede ser evidente por una variedad de complicaciones extraarticulares, tales como vasculitis, nódulos y aterosclerosis acelerada.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de sexo femenino de 68 años, con antecedentes de artritis reumatoídea de 20 años de evolución, sin seguimiento y sin tratamiento con DMARs. Consulta por cuadro de 2 meses de cefalea hemi-craneana derecha, pulsátil, sin otros síntomas neurológicos. Un mes previo se instala dolor ocular derecho, asociado a eritema de escalera y xeroftalmia. Consulta con oftalmólogo, en donde se maneja cuadro como conjuntivitis alérgica. Paciente evoluciona con mantención de síntomas, mayor dolor ocular y aparición de lesión necrótica en región nasal de esclera derecha. Es reevaluada por oftalmología, en donde se constata nódulo necrótico doloroso a la palpación, asociado a escalera adelgazada, clínicamente compatible con escleritis necrotizante.

Ingresa al servicio de medicina interna, en donde destaca examen articular de manos sin evidencia de artritis ni deformidades articulares. Estudio autoinmune con Factor Reumatoideo (+), Anti CCP (+) > 250 y ANA (+) 1/80 patrón nuclear granular. Radiografía de manos bilateral compatible con artritis reumatoídea.

Se inicia tratamiento inmunosupresor con tres pulsos de metilprednisolona e inicio de metotrexato semanal (20mg) bien tolerado y sin complicaciones iniciales. Es reevaluada por oftalmología dos semanas posteriores, en donde se evidencia disminución del adelgazamiento de esclera y menor tamaño del nódulo necrótico, motivo por lo que es dada de alta con indicación de seguimiento ambulatorio.

**DISCUSIÓN:** Las manifestaciones extraarticulares de la AR son variadas y comprometen diversos parénquimas, entre ellos el ocular, el cual se divide en epiescleritis y escleritis. Esta última es dividida en cinco categorías: difusa anterior, nodular, necrotizante, escleromalacia perforans y posterior.

La escleromalacia perforans es una condición inflamatoria severa, caracterizado por adelgazamiento de la esclera. Usualmente se asocia con la granulomatosis con poliangeitis y la AR de larga data. Se presenta de forma gradual, con irritación ocular no específica, dolor variable y presencia de cambio de color en la esclera. El tratamiento consiste en una inmunosupresión sistémica agresiva, asociándose la ausencia de un manejo inmunosupresor agresivo con una mayor mortalidad a 5 años, siendo esta manifestación ocular un cambio en el ciclo natural de la enfermedad. El principal tratamiento inmunosupresor es la ciclofosfamida, siendo el metotrexato la segunda opción. Si bien este último se asocia a menos efectos adversos, es probablemente menos efectivo para detener el progreso de las lesiones oculares.



**TL 264 - HEMOFAGOCITOSIS LINFOHISTIOCITARIA DURANTE CRISIS LÚPICA****TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico**AUTORES:** Wesp E., Lissel<sup>1</sup>; Abarca C., Fernando<sup>2</sup>; Vega N., Joaquín<sup>2</sup>; Wistuba B., Nicolás<sup>2</sup>; Martínez P. Demian<sup>2</sup>; Vilches A. Mayline<sup>2</sup>; Maldonado G., Francisco<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Becada de Medicina Interna, Universidad de Chile. <sup>2</sup>Interno, Universidad de Chile.**RESUMEN****INTRODUCCIÓN:** La hemofagocitosis linfocítica (LHL), llamada también síndrome hemofagocítico es una rara entidad agresiva y potencialmente mortal de activación inmunológica excesiva.

Esta puede ser gatillada de forma idiopática, o por un agente determinado de tipo infeccioso, neoplásico, reumatólogo, un gatillante farmacológico o alguna inmunodeficiencia en asociación con una predisposición genética. A continuación, se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de LHL en contexto de una aparente reactivación lúpica.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 28 años con antecedente de lupus eritematoso sistémico (LES) diagnosticado recientemente, en tratamiento con Prednisona 60mg día. Dos semanas previo a ingreso, comienza con poliartralgias sumatorias que comprometen esqueleto axial junto a mialgias con compromiso proximal de extremidades y cintura escapular. Evoluciona añadiendo progresivamente ictericia y coluria, por lo que decide consultar. Ingresó sin apremio ventilatorio, con tendencia a hipotensión, afebril y sin focalidad neurológica. Estudios revelan patrón de pruebas hepáticas elevadas con patrón de transaminasas mixtos, con predominio colestásico e INR 2.71. Hemograma muestra anemia normocítica, normocrómica, trombocitopenia progresiva llegando hasta  $36.000 \times 10^9/L$  que requirió 6 unidades de transfusión de plaquetas, test de Coombs directo positivo y lactato deshidrogenasa elevada con ferritina elevada (4610 ng/mL), hipertrigliceridemia y fibrinógeno disminuido. Sin deterioro de función renal. CK en rango de normalidad. Escáner (TC) de tórax, abdomen y pelvis informa neumonía necrotizante y derrame pleural bilateral además de esplenomegalia y ascitis leves. TC de cerebro sin alteraciones. Dentro de exámenes de esfera inmunológica destaca: ANA + patrón homogéneo elevado, anticuerpo AntiDNA: -, AMA -, ASMA -, Anti LKM -, ENA +, Ac anti CL IgG: +, IgM: -. Ac Anti B2-GP IgG -, IgM -, con AntiRo elevado asociado a síndrome de Raynaud. Exámenes microbiológicos son negativos para VIH, VHB, VHC; Test Pack negativo, IgM VHA (-), IgM VEB (-), PCR PVB19 cualitativa (-), IgG CMV (+) (44 UE/mL), IgM CMV (-). PCR SARS-COV 2 (-). Es tratada con 3 bolos de metilprednisolona de 500 mg, inmunoglobulinas endovenosas 2g/kg dosis total para posterior pasar a prednisona 60 mg oral + ciclofosfamida 500 mg. Evoluciona bradipsíquica, normotensa, debilidad musculatura axial, con asterixis bilateral pese a disminución de las enzimas hepáticas y normalización de INR.**DISCUSIÓN:** Se trata de una paciente que previo al actual ingreso cumplía criterios LES y que se encontraba con corticoides en dosis altas. En la actualidad es planteable el diagnóstico de Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo dada la presencia de Raynaud y anti RNP en título alto. En este contexto se confirma una neumonía necrotizante que pudiera explicar el compromiso hemodinámico. Llama la atención PCR baja, el valor de la Ferritina y la presencia de hipertrigliceridemia. Dado lo anterior es planteable como diagnóstico diferencial un síndrome hemofagocítico (HScore 277) que pudo ser gatillado tanto por su patología de base descompensada, como por el cuadro infeccioso.

## TL 265 - NEUTROPENIA INDUCIDA POR AINES, A PROPÓSITO DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Wesp E., Lissel<sup>1</sup>; Wistuba B., Nicolás<sup>2</sup>; Vega N., Joaquín<sup>2</sup>; Abarca C., Fernando<sup>2</sup>; Martínez P. Demian<sup>2</sup>; Vilches A. Mayline<sup>2</sup>; Maldonado G., Francisco<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Becada de Medicina Interna, Universidad de Chile. <sup>2</sup>Interno, Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La neutropenia es una entidad clínica asociada a alta morbilidad, con requerimiento de estudio acucioso por la diversidad de posibles etiologías, muchas de altísima gravedad. En contextos determinados, como terapias citotóxicas en pacientes oncológicos, la neutropenia puede ser previsible, mas no hay que olvidar su aparición derivada de la administración de fármacos de uso común.

**CASO CLÍNICO:** Paciente sexo masculino de 49 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, presenta cuadro de 3 días de evolución caracterizado por vómitos biliosos a repetición, diarrea acuosa de moderada cuantía y fiebre hasta 39.7°C. Al interrogatorio dirigido refiere tos productiva autolimitada durante el 2do día de evolución, además de anosmia y disgeusia persistentes. En este contexto realiza automedicación con ketoprofeno, ciclobenzaprina, paracetamol y clorfenamina, en altas dosis, con respuesta parcial por lo que consulta en SU. Ingresa hemodinamicamente estable, febril con T°:38,2°C, sin hallazgos relevantes al examen físico, destacando al laboratorio: Hemoglobina 15.1g/dL; Leucocitos 1120 uL; RAN 30 uL; RAL 750 uL; Plaquetas 193000 uL; PCR 138 mg/L; Dimero-D 280 ng/ml, con TC de tórax normal. Con estos antecedentes se decide hospitalización para manejo y estudio de Neutropenia febril de alto riesgo, iniciándose antibióterapia con Ceftriaxona, Amikacina y Metronidazol. Evolucionando en buenas condiciones generales, presentando al estudio etiológico: Hemograma + frotis sin elementos relevantes, serología VIH (-), VHB (-), VHC (-) y perfil inmunológico (-). Desde el punto de vista infeccioso presenta urocultivo (-), hemocultivos (-), Toxina Clostridium A y B (-), Film array respiratorio (-), PCR COVID-19 (-) y Serologías IgM e IgG para COVID-19 (-). Dada la pesquisa de forúnculo en glúteo izquierdo se descala antibióterapia a Cefazolina, con buena respuesta clínica, agregándose voriconazol como profilaxis de infección fúngica invasora. Desde el punto de vista hematológico evoluciona con RAN a la baja llegando durante el tercer día de hospitalización a 10 uL, indicándose manejo con filgrastim por 48 horas, con adecuada respuesta, lográndose a las 72 horas: Leucocitos 6290 uL; RAN 3520 uL, sin nuevos episodios febriles. Dada la rápida respuesta al manejo con filgrastim, la indemnidad de las otras líneas celulares, con estudios serológicos e inmunológicos (-) y un relato de ingesta farmacológica abundante, se desestima realización de mielograma definiéndose el diagnóstico de neutropenia inducida por AINES.

**DISCUSIÓN:** En nuestro caso el paciente ingresa con una neutropenia febril de alto riesgo, sin un foco claro de infección, con un cuadro sospechoso de COVID-19. Se procede con antibióterapia de amplio espectro, aislamiento protector, evaluación de focos infecciosos y estudio etiológico de neutropenia, descartándose etiología viral, autoinmune y neoplásica. En este contexto dadas las buenas condiciones clínicas, la rápida respuesta al manejo con filgrastim y el antecedente de automedicación desmedida, con identificación de fármaco potencialmente responsable (Ketoprofeno), se establece el diagnóstico de Neutropenia inducida por AINES.



## TL 269 - ESCROFULODERMA: TUBERCULOSIS CUTÁNEA Y PULMONAR ASOCIADA A COINFECCIÓN COVID-19, REPORTE DE CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** María Paz Salinas<sup>1</sup>, Consuelo Cárdenas<sup>2,3</sup>, Paulina Ramonda<sup>4</sup>, Montserrat Molgó<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Residente Dermatología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

<sup>2</sup>Departamento de dermatología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

<sup>3</sup>Departamento de dermatología, Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio Medicina del Servicio de Salud Metropolitano Sur, Santiago, Chile. <sup>4</sup>Neumotisióloga, Médica Encargada Programa Tuberculosis, Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio Medicina del Servicio de Salud Metropolitano Sur, Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La tuberculosis (TB) cutánea representa el 1-1,5% de las presentaciones extrapulmonares de esta enfermedad, incluyendo una diversidad de cuadros clínicos, siendo la escrofuloderma y el lupus vulgar las formas más comunes.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 49 años de nacionalidad ecuatoriana, sin antecedentes médicos, consultó a tele dermatología por un aumento de volumen cervical derecho con supuración y compromiso cutáneo de 3 meses de evolución, confirmándose posteriormente los diagnósticos de escrofuloderma y TB pulmonar mediante cultivo de secreción cutánea y de expectoración. Durante su evolución presentó coinfección con el virus SARS-CoV-2, con evolución clínica favorable.

**DISCUSIÓN:** La escrofuloderma se origina por diseminación de la infección por *Mycobacterium tuberculosis* desde un foco profundo, como adenopatías, articulaciones, o huesos. Se presenta como un nódulo subcutáneo firme, que progresivamente aumenta de tamaño comprometiendo la piel, generando tractos sinuosos, ulceración y descarga de material seroso, purulento o caseoso. Estos abscesos tienen una evolución crónica, dejando cicatrices hipertróficas, retracciones o secuelas atróficas. Presenta asociación con TB pulmonar en aproximadamente 35% de los casos. El diagnóstico diferencial incluye micobacteriosis atípica, actinomicosis, paracoccidiomicosis, sífilis terciaria, acné conglobata, hidrosadenitis supurativa, linfoma o metástasis. La confirmación diagnóstica se basa en el estudio microbiológico mediante cultivo, biopsia u observación de bacilos con tinciones como Ziehl-Neelsen. El cultivo sigue siendo Gold Standard, permitiendo diferenciar de otras micobacteriosis y evaluar el perfil de susceptibilidad antibiótica. Técnicas moleculares como la reacción de polimerasa en cadena pueden ayudar considerando que los cultivos líquidos tardan hasta 45 días. La histopatología muestra granulomas tuberculoideos y necrosis caseificante, pudiendo ser inespecífica. En pacientes hospitalizados por COVID-19, la presencia de TB ya sea latente o activa determinada por ensayos IGRA se ha observado como factor de susceptibilidad para el desarrollo de enfermedad sintomática por COVID-19 y cuadros de mayor gravedad. Una cohorte de 49 pacientes con diagnóstico de TB y que desarrollaron infección por COVID-19 describió que el 90% fueron sintomáticos y el 12% murieron por neumonía COVID-19, cifras mayores a las observadas en población general, sugiriendo un perfil de mayor riesgo en los pacientes con TB previa o concomitante. Debe sospecharse coinfección con TB en pacientes cursando COVID-19 cuya clínica respiratoria o imágenes en TAC de tórax resultan atípicas, o con evolución tórpida o prolongada. Deben darse las facilidades necesarias y asegurar que los pacientes que se encuentran en tratamiento para TB lo mantengan observado y supervisado durante este periodo de pandemia y confinamiento, para prevenir complicaciones asociadas al abandono de terapia.



## TL 270 - HEMOFILIA ADQUIRIDA EN CONTEXTO DE UN PACIENTE CON HEMOFILIA CONGENITA B LEVE: PRESENTACION DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Agüero, Lorena<sup>1</sup>; Pazmiño, Enrique<sup>1</sup>; Bustos, Isabel<sup>2</sup>; Lois, Vivianne<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Universidad de Santiago de Chile. <sup>2</sup>Médica Hematóloga, Docente Universidad de Chile, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago. <sup>3</sup>Médica Hematóloga, Subjefe Hematología, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La hemofilia adquirida (HA), desorden autoinmune raro con desarrollo de anticuerpos (inhibidores) contra factores de la coagulación, principalmente el Factor VIII, es una "Emergencia Médica" con alta morbimortalidad (9 a 33%), por sangrado grave. La incidencia aumenta con la edad. A diferencia de la hemofilia congénita, sin predilección por sexo. Se asocia a enfermedades autoinmunes, tumores sólidos, enfermedades dermatológicas, infecciones y medicamentos. Patrón hemorrágico con extensos sangrados cutáneo-mucosos. La hemofilia congénita; enfermedad genética ligada al cromosoma X, se expresa por disminución del factor VIII o IX, según corresponda a hemofilia A o B, siendo la Hemofilia A más frecuente. En la hemofilia congénita el varón sufre la enfermedad que se manifiesta con hemartrosis espontáneas y hematomas musculares. Presentamos el caso de un hombre con antecedentes familiares de HB, sin antecedentes personales de eventos hemorrágicos, que presenta cuadro típico de HA.

**CASO CLÍNICO:** Hombre 76 años, equimosis espontáneas en extremidades superiores evanescentes, compromiso del estado general y palidez. Presenta hematoma subescapular derecho, hematoma antebrazo derecho con impotencia funcional, flexión del codo y compromiso sensitivo de la extremidad. Taquicárdico, hipertenso, pálido. Destaca anemia severa normocítica (Hb: 5.3 gr/dl, Hto: 17.4%), plaquetas normales, TTPA prolongado (>180), TP normal, Creatinina: 2.12, BUN: 49. Recibe GR: 7U, PFC: 600cc y cristaloides, normalizando creatinina. Test de Mezcla con plasma normal no corrige, Factor VIII 0,1%, Anticoagulante Lúpico negativo, Prueba Bethesda 73UB, Nivel de FIX: 44%. Inicia tratamiento con F VII r 90mcg/kg en bolo, repite a las 2 horas, continúa cada 4hs por 48hs y reducción progresiva con buena respuesta. Inmunosupresión con Prednisona 1mg/kg/día y Ciclofosfamida 100mg/día. Persiste TTPA prolongado, FVIII 0.8%, sin sangrados.

**DISCUSIÓN:** En este paciente con antecedente familiar de Hemofilia B, esta se descarta, por la presentación tardía y tipo de hemorragias que no son de Hemofilia congénita. La HA debe sospecharse ante hemorragias cutáneo mucosas súbitas y espontáneas en mayores, sin historia hemorrágica. Inmediato reconocimiento y tratamiento agresivo son mandatorios, por alta mortalidad. El laboratorio muestra: TTPA prolongado que no corrige con plasma normal, TP y plaquetas normales. Actividad del FVIII coagulante disminuida. La cuantificación del inhibidor es por ensayo Bethesda (UB). Este caso tiene la marca clínica y de laboratorio de HA. También se confirmó HB leve, sin rol en el cuadro hemorrágico. El objetivo terapéutico es detener la hemorragia, aumentar la concentración de FVIII y reducir el inhibidor. Hemorragias graves se ven con título mayor de 5 UB y actividad del FVIII menor de 10%, como en el paciente. Los agentes de bypass, Factor VII activado recombinante (rFVIIa) y/o concentrado de factor protrombínico activado (CFPa) son de elección. En este caso se usó FVIIr.

Para erradicar el inhibidor la mejor combinación es inmunosupresión con Prednisona y Ciclofosfamida, que recibe el paciente hasta la fecha. El Rituximab ha sido probado con éxito, hemos planeado su uso además de investigar la causa.



## TL 271 - OSTEOMIELITIS FACIAL EXTENSA COMO COMPLICACIÓN DE RINOSINUSITIS CRÓNICA EN UN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Ramírez, Andrés<sup>1</sup>; Polanco, Francisca<sup>2</sup>; Pinto, Fernanda<sup>2</sup>; Pérez, Francisco<sup>2</sup>; Cisternas, Carla<sup>2</sup>; Ponce, Sofía<sup>2</sup>; Ortiz-López, Nicolás<sup>2</sup>; Salinas, Andrea<sup>2</sup>.

1becado de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. 2 interno(a) medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La rinosinusitis crónica (RSC) es la inflamación de las cavidades paranasales (CPN) de 12 o más semanas de duración, que se caracteriza por secreción nasal mucopurulenta, obstrucción nasal, dolor facial y anosmia. Con baja frecuencia puede complicarse con procesos infecciosos graves como colecciones intracraneales y, excepcionalmente, se han reportado casos de osteomielitis de huesos craneales o faciales, un proceso que implica destrucción ósea por infección de un microorganismo. En adultos generalmente ocurre en contexto de trauma o cirugía. La osteomielitis como complicación de RSC es muy infrecuente, con escasos reportes de casos desde la era post antibiótica.

En tanto, la inmunodeficiencia común variable es la deficiencia primaria de anticuerpos más frecuente. Se caracteriza por infecciones bacterianas recurrentes, particularmente de las vías aéreas superiores e inferiores. Se reporta un caso clínico de osteomielitis facial extensa como complicación de RSC en paciente con insuficiencia común variable.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 63 años, hipertenso y diabético con buen control metabólico. Presenta antecedente de 18 meses de RSC de evolución tórpida, manejada con cirugía endoscópica funcional (CEF), etmoidectomía y diversos esquemas antibióticos, complicado con fístula etmoido-cutánea y extenso compromiso inflamatorio y erosivo de huesos del macizo facial compatible con osteomielitis. Hospitalizado por 2 meses, recibe múltiples CEF, craniectomía frontal, maxilectomía y fistulectomía. Reingresa posteriormente al año con sobreinfección de prótesis frontal, osteomielitis frontoetmoidal fistulizada, empiema yuxtadural y proptosis por cirugías. Presenta nueva hospitalización prolongada, se maneja con múltiples aseos quirúrgicos, cirugías resectivas, descompresivas y reparativas, con un total de 16 intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, evoluciona con persistente formación de abscesos, fístulas, dehiscencias y extensión de la infección a músculos faciales y huesos de base de cráneo. De estudios microbiológicos destacan: *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphilococo Aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* y anaerobios. Se busca dirigidamente neoplasias, mesenquimopatías, autoinmunidad, micobacterias y hongos. Finalmente se confirma inmunodeficiencia común variable. Paciente fallece en contexto de progresión de enfermedad infecciosa.

**CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN:** Se presenta un caso de RSC complicada con OM, condición muy poco frecuente, de particular interés por tratarse de una complicación excepcional para una patología de alta prevalencia en la población. En este contexto, la sospecha de inmunodeficiencia asociada es fundamental para iniciar un tratamiento precoz y disminuir la morbimortalidad asociada. De acuerdo al conocimiento de los autores, este es el primer caso de esta naturaleza reportado en Chile.



## TL 273 - ESTUDIO DE PREVALENCIA DE CRONICIDAD AVANZADA EN UN HOSPITAL DE NIVEL TERCIARIO EN EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD, UNA APROXIMACIÓN AL ENFOQUE PALIATIVO.

**TIPO DE TRABAJO:** Trabajo de Investigación

**AUTORES:** Olivares, Patricia<sup>1</sup>; Aguilera, Francisca<sup>2</sup>; Lubi, Francisca<sup>2</sup>; Buzzetti, Bernardita<sup>2</sup>; Paiva, Camila<sup>2</sup>; Tupper, Laura<sup>3</sup>. 1 Médico Internista, Cuidados Paliativos, Hospital Sótero del Río, Centro de Bioética PUC. 2 Interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago. 3 Médico familiar, Cuidados Paliativos, Hospital Sótero del Río.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los cuidados paliativos (CCPP) buscan mejorar la calidad de vida de pacientes y sus allegados ante enfermedades avanzadas evolutivas, mediante la detección precoz, evaluación y manejo de síntomas físicos, psicosociales o espirituales. Se estima que anualmente 380 de cada 100.000 adultos requerirán CCPP, siendo sólo un 34% portadores de enfermedad oncológica. El concepto de CCPP ha evolucionado al de "cronicidad avanzada" que incluye patologías no oncológicas. No existen estudios chilenos que estimen prevalencia de pacientes médicos hospitalizados en etapa de cronicidad avanzada, que pudiesen beneficiarse de un enfoque paliativo en su cuidado. El presente estudio busca describir la prevalencia y caracterizar a los pacientes con cronicidad avanzada en un hospital de la región metropolitana.

**MÉTODOS:** Posterior a la aprobación del estudio por el comité de ética de investigación y la autorización de las autoridades competentes, se aplicó una herramienta estandarizada y validada en Chile "NECPAL" a pacientes hospitalizados en servicios de Medicina Interna. El instrumento fue aplicado a un profesional que hubiese evaluado al menos 3 veces consecutivas al paciente, complementando la información con la ficha clínica. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 15 años, con una estadía hospitalaria mayor a 72 horas; y de exclusión: aquellos en ventilación mecánica o con requerimientos de drogas vasoactivas.

**RESULTADOS:** El total de pacientes hospitalizados en medicina durante el período de observación fue 97, de los cuales a 95 (97,9%) se aplicó el instrumento. De estos, 57 (60%) pacientes fueron NECPAL (+), es decir, sus tratantes estimaron una sobrevida menor a 1 año. En un 71,9% se había manifestado alguna expresión de limitación o demanda de CCPP por parte de familiares o tratantes. Las enfermedades más comúnmente asociadas fueron Cáncer (31,5%), Insuficiencia Cardíaca Crónica (28%), Enfermedad Renal Crónica (21%) y Diabetes Mellitus 2 con daño de órgano blanco (19,2%), con un índice de multimorbilidad de 49,1%. Un 67,5% contaba con indicadores clínicos generales de progresión y un 66,6% con indicadores específicos de severidad. Un 35% cumplía criterios de dependencia severa y un 49,1% presentaba algún síndrome geriátrico. Un 47% reportó síntomas persistentes no controlados, siendo más frecuentes dolor (35%), astenia (28%) y disnea (22,8%). El 66,6% presentó un uso aumentado de recursos sanitarios los últimos 6 meses.

**DISCUSIÓN:** Si bien el estudio fue realizado en pacientes hospitalizados en un solo centro asistencial, destaca la alta prevalencia de necesidad de CCPP, mayor a la reportada en la literatura. En Chile, dicha garantía sólo existe para los pacientes oncológicos en etapa avanzada, siendo que estas representan apenas un 31% de la necesidad global. Destaca además una gran prevalencia de síntomas crónicos no controlados, lo que podría correlacionarse con la alta demanda de recursos. Un acceso universal a los CCPP no solo mejoraría la calidad de vida de un gran número de pacientes, sino que podría contribuir a una gestión eficiente de los recursos disminuyendo hospitalizaciones innecesarias.



## TL 274 - PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA ASOCIADA A BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS EN PACIENTE CON HEPATITIS AUTOINMUNE

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Uribe, Gabriel (1); Bourgeois, Cristóbal (2); Dierlamm, Nidia (2); Díaz, Camila (2); catalán, Camila (2); Cartes, Lucas (2); Olivares, Matías (2); Flandes, Gabriela (2); 1 Residente de Medicina Interna del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. ; 2 Interno/a de Medicina de la Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) corresponde a una complicación frecuente en pacientes cirróticos. Los agentes patógenos son principalmente entéricos, siendo *Escherichia coli* el más frecuentemente identificado. *Streptococcus gallolyticus*, anteriormente conocido como *Streptococcus bovis*, es un agente comensal del microbiota intestinal en un 10% de sujetos sanos y constituye una causa infrecuente de PBE. Sobre su tratamiento, *S.gallolyticus* presenta susceptibilidad a betalactámicos y se describe una alta resistencia a eritromicina.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 60 años, con antecedente de cirrosis hepática secundaria a Hepatitis Autoinmune, etapa Child A/MELD-Na 7, en tratamiento inmunosupresor. Presenta cuadro de 1 mes caracterizado por ictericia progresiva, compromiso del estado general y baja de peso, por lo que consulta en diversas oportunidades. Ingresa a urgencias con compromiso de conciencia cuali-cuantitativo asociado a emesis sin hallazgos patológicos. Al examen físico se encuentra vigil, subfebril 37.9 °C, resto de signos vitales sin alteraciones, ictericia, con abdomen indoloro sin matidez, sin asterixis ni edema periférico. Al laboratorio destaca pancitopenia, bilirrubina directa 26.9 mg/dL, albúmina 2.9 g/dL, GOT 144 U/L, GPT 144 U/L, FA 153 U/L, GGT 92 U/L, INR 2.91, PCR 22 mg/dL, creatinina 1.56 mg/dL, BUN 37 mg/dL y hemocultivos positivos para diplococo Gram (+). Se hospitaliza para manejo y alistamiento para trasplante dado falla hepática aguda sobre crónica (ACLF) MELD-Na 31. Se realiza estudio con punción de líquido ascítico (LA) que muestra 832 polimorfonucleares/mm<sup>3</sup>, glucosa 96 mg/dL, LDH 101 U/L, proteínas totales <2 g/dL y cultivo negativo. Ecografía Doppler portal evidencia ascitis leve, sin trombosis portal. Se interpreta PBE como factor descompensante y se inicia tratamiento endovenoso con ceftriaxona. Posteriormente, en hemocultivos se identifica *S. gallolyticus* resistente a eritromicina y clindamicina, completando 6 días de tratamiento con respuesta favorable en LA a las 48 horas. En contexto de bacteriemia por este microorganismo, se complementa estudio con ecocardiografía transesofágica sin signos de endocarditis infecciosa (EI) y colonoscopia sin lesiones identificadas. Dado resolución de PBE e injuria renal aguda, se decide alta hospitalaria.

**DISCUSIÓN:** El caso descrito es compatible con ACLF secundaria a PBE en su variante de ascitis neutrocítica de cultivo negativo, cuya presencia se puede explicar por técnica de toma de cultivo inadecuada, toma tardía de muestra, entre otras. En contexto de bacteriemia por *S. gallolyticus*, este se interpreta como agente etiológico de la PBE. En Chile, hasta la fecha no hay estudios sobre PBE por este agente. Se ha descrito que la bacteriemia por *S. gallolyticus* se presenta en pacientes con una edad promedio de 72,6 años y alta prevalencia de comorbilidades, asociándose a una elevada mortalidad hospitalaria. Finalmente, se ha asociado a patología colónica benigna y maligna (52,2%) y patología hepatobiliar (17,4%) como focos primarios y con EI (26,1%), por lo que se debe enfatizar su búsqueda mediante colonoscopia y ecocardiografía transtorácica.



## TL 275 - MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA COMO PRESENTACIÓN DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Fernández, Catalina<sup>1</sup>; Apará, Juan Carlos<sup>1</sup>; Cárcamo, Sebastian<sup>1</sup>; Guidotti, Francesca<sup>2</sup>, González, José Tomás<sup>2</sup>; Becado Medicina Interna Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios<sup>2</sup>Internista, sección Hematología Hospital San Juan de Dios

### RESUMEN

**INTRODUCCION.** Las microangiopatías trombóticas (MAT) se caracterizan por anemia hemolítica microangiopática con esquistocitos al frotis, trombocitopenia y afectación variable de otros órganos. Las causas más frecuentes son adquiridas: síndrome hemolítico urémico y el púrpura trombocitopénico trombótico (PTT), estados hipertensivos, fármacos, neoplasias. El PTT es una urgencia hematológica que requiere tratamiento inmediato con plasmaféresis (PF) frente a la sospecha. Es difícil discriminar entre PTT y otras MAT sin estudio de ADAMTS13.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 67 años con antecedente de cáncer de colon operado y tabaquismo, consulta por 3 meses de compromiso del estado general, disnea progresiva y fiebre. Al ingreso Hb 6,2g/dL GB 3250/uL Plaquetas 7000/uL, frotis con esquistocitos 2-3x campo y policromatofilia con eritroblastos+, reticulocitos 14% LDH 1000U/L, Coombs directo (-), coagulación normal. VIH, VHB, VHC no reactivos. Se sospecha PTT, se inicia tratamiento con corticoides y plasmaféresis con reposición de 1.5 volemias con PFC en dos oportunidades, sin respuesta, por lo que se indica Rituximab. Persiste con trombocitopenia y anemia severas que requieren múltiples transfusiones. ANA, ENA, AntiDNA, FR, Ac. ACL, Ac. A-B2-GPI y ANCA negativos. CEA, APE, AFP, Ca125 normales. ADAMTS13: 22% con leve presencia de inhibidor. Estudio de hemoglobinuria paroxística nocturna

(-). TAC tórax-abdomen-pelvis: esplenomegalia, enfisema pulmonar, sin evidencia de neoplasia. Mielograma muestra escasa por aspirado seco, acúmulos de células indeterminadas con nucleolo visible y células con blebs que impresionan micromegacariocitos. En inmunofenotipo se observa 28% de células FSC/SSC intermedio, CD45 positivo, que expresan CD4 débil, CD71 y CD81. Negativos para CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD10, CD11b, CD11c, CD13, CD14, CD16, CD19, CD20, CD33, CD34, CD38, CD56, CD64, CD117, CD123, Glicoforina A, cCD3, cCD41a, cCD61, CD79a, mieloperoxidasa y lisozima. 2% de blastos que expresan CD34, CD4 débil, CD38, CD81 y CD117. Evolución con anemia arregenerativa y neutropenia progresiva. Biopsia de médula ósea que informa 80% de celularidad con células de cromatina laxa, PCK (-), CD34 (-), CD45 (-), CD117 (+), fibrosis ++, hallazgos compatibles con leucemia mieloide aguda (LMA). Impresiona posible LMA megacarioblástica por morfología. Debido a edad y pronóstico paciente ingresa a cuidados paliativos con transfusiones según metas.

**DISCUSIÓN.** Existen diversas patologías en que pueden coexistir la anemia hemolítica microangiopática y la trombocitopenia, siendo el frotis un elemento fundamental para el diagnóstico. Entre ellas están el PTT y neoplasias malignas. Ante la sospecha de un PTT, la conducta adecuada es el manejo precoz con PF con reposición de PFC. En el caso, la reticulocitosis inicial desvió la atención de una posible infiltración medular. La nula respuesta a terapia y ADAMTS13 mayor a 10%, llevó a ampliar el estudio a la médula ósea. La progresión a falla medular y correlación clínico patológica resultó finalmente compatible con una LMA con MAT secundaria.



## TL 276 - LINFOMA DEL MANTO ESPLÉNICO. REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Masalleras, Matías<sup>1</sup>; Castillo, Rocío<sup>2</sup>; Insulza, Hugo<sup>2</sup>; Robertson, Euridice<sup>2</sup>; Galindo, Sebastián<sup>2</sup>  
Médico general; 2 Interno de Medicina, Universidad de los Andes

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El linfoma del manto (LdM) es un subtipo de linfoma no Hodgkin (LNH) de células B de alto grado. Corresponde a un 6-7% de todos los LNH, cuya prevalencia es de 6.6 en 100.000. Sus localizaciones más frecuentes son linfonodos, bazo, médula ósea, sangre y anillo de Waldeyer. Las manifestaciones clínicas incluyen baja de peso, diaforesis nocturna y fiebre asociados a hepatoesplenomegalia y poliadenopatías. El diagnóstico se realiza mediante biopsia del órgano afectado. El 70% de los pacientes se encuentra en estadio IV al momento del diagnóstico, siendo la sobrevida promedio 5-7 años con tratamiento. Este trabajo presenta un caso clínico de un paciente con linfoma del manto en el bazo con el objetivo de elevar el nivel de sospecha diagnóstica. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 58 años, sin antecedentes, consulta por aparición de masa abdominal hace 5 meses asociado a astenia, disfagia lórica, saciedad precoz y pérdida de peso de 15 kg en 3 meses. Niega otros síntomas. Al examen físico destaca una esplenomegalia que sobrepasa el reborde costal por aprox. 5 cm, indolora, sin adenopatías periféricas palpables ni hepatomegalia. Se solicitan exámenes, en los que destaca anemia normocítica, trombocitopenia con VHS de 33 mm/h y tomografía de abdomen que evidencia una acentuada esplenomegalia con desplazamiento de estructuras intraabdominales hacia contralateral. Se realiza biopsia del bazo que informa proliferación difusa de células monoformas de fenotipo B, pequeñas, de núcleo irregular, CD20+, CD5+ y ciclina D1+, compatible con linfoma del manto. PET-CT evidencia acentuada esplenomegalia hipermetabólica y diseminación ganglionar cervical, torácica y abdominal y citometría de flujo de sangre periférica informa compromiso de ésta. Con diagnóstico de linfoma del manto estadio IV, se decide iniciar tratamiento con quimioterapia asociada a anticuerpos monoclonales con pronóstico ominoso. **DISCUSIÓN:** Este caso encaja dentro de una presentación típica de un LdM, afectando a un varón de edad media, con al menos un síntoma B (al menos 1 presente en el 28% de los casos) y presencia de esplenomegalia (45-60%). Llama la atención la ausencia de adenopatías (75%) al examen físico. La mayoría de los LNH puede presentar compromiso extraganglionar. Este caso presenta compromiso extranodal (25%) esplénico y hematológico, indicando este último a su vez un proceso de leucemización (35%), lo que ensombrece el pronóstico. Debido al compromiso de varios grupos linfáticos más allá del principal órgano afectado (bazo), podría sospecharse que corresponde a un caso de linfoma extranodal secundario. Se ha postulado la existencia de 2 formas de esta enfermedad; clínicamente este caso se asemejaría más a la forma clásica con compromiso ganglionar, variedad más agresiva, aunque presenta leucemización, aspecto importante de la forma leucémica. **CONCLUSIÓN:** El LdM es una patología poco común de patogenia compleja. Por lo mismo, frente a todo paciente con presencia de síntomas sugerentes de malignidad, incluyendo cualquier síntoma B, el clínico debe mantener un alto índice de sospecha y un bajo umbral para inicio de estudio.



## TL 277 - SÍNDROME DE ENFERMEDAD NO TIROIDEA ASOCIADO A ESTRÉS CRÓNICO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Lara, Clemente<sup>1</sup>; Velásquez, Camila<sup>1</sup>; Goldaracena, Araceli<sup>2</sup>; Medina, Daniela<sup>3</sup>. 1Médico General, CESFAM Plaza Justicia, Valparaíso. 2Médico General, CESFAM Santa Clara, Bulnes. 3Médico General, CESFAM Chiguayante, Concepción.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de enfermedad no tiroidea (ENT) es un trastorno asociado a enfermedades sistémicas graves de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, con una medición de hormonas tiroideas semejante al hipotiroidismo central y con una característica disminución de la hormona T3. El presente caso corresponde a un cuadro de gran similitud en paciente no crítico, presumiblemente gatillado por estrés crónico.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 27 años, sin antecedentes mórbidos, con antecedentes familiares de trastornos tiroideos (padre con diagnóstico reciente de hipopituitarismo por estrés), con historia de al menos 3 años de astenia, hipersomnias, caída de cabello, piel seca y cursando hace 5 meses cuadro de estrés emocional intenso, acude para chequeo médico rutinario. Sin alteraciones al examen físico, exámenes generales normales, T4 total 2.87 ug/dL, T4L 1.18 ng/dL y TSH 1.37 uIU/mL, siendo considerada como anormalmente normal. Por sus antecedentes mórbidos se completa perfil tiroideo e hipofisario: T3 total <<40 ng/dL, anticuerpos anti microsomales y anti tiroglobulinas negativos. ACTH 16.3 pg/mL, prolactina 25.4 ng/mL, HGH 3.03 ng/mL, cortisol basal AM 16.3 ug/dL, FSH 4.86 mUI/mL, LH 4.96 mUI/mL. Se solicita además RNM de silla turca sin hallazgos de significado patológico. Se diagnostica hipotiroidismo central de probable causa por estrés emocional y se inicia tratamiento farmacológico con levotiroxina 50ug/día. Se controlan pruebas tiroideas a los 3 meses: TSH 0.32 uIU/mL, T4L 1.56 ng/dL, T4 total 4.19 ug/dL, T3 total <<40 ng/dL. Se indica nuevo control en 3 meses ocasión en que paciente reporta sudoración, episodios de angina, palpitaciones, disnea de moderados esfuerzos y baja de peso. Laboratorio: TSH <<0.004 uIU/mL, T4L 3.28 ng/dL, T4 total 8.53 ug/dL, T3 total 137 ng/dL. Se decide suspender tratamiento y recontrolar en 3 meses, constatándose agudización de sintomatología sugerente de hipertiroidismo: Hiperfagia, taquicardia en reposo, irritabilidad, temblor en extremidades superiores, polidefecación y al examen físico destaca aumento de reflejos osteotendíneos y atrofia muscular de extremidades inferiores, sin alteraciones locales en glándula tiroidea. Laboratorio: TSH <<0.008 uIU/mL, T4L 56.98 pmol/L, TRAb 16.43 UI/L. Se decide iniciar tratamiento con metimazol 10mg/día y propranolol 40mg/día con rápido mejoramiento de sintomatología. Luego de 6 meses paciente se mantiene asintomática con exámenes de laboratorio aún alterados: TSH <<0.004 uIU/mL, T4L 1.79 ng/dL, T3 total 165 ng/dL. Paciente decide suspender tratamiento por su cuenta y reconsulta nuevamente en 6 meses encontrándose asintomática y con normalización de pruebas tiroideas.

**DISCUSIÓN:** No existe literatura que aborde la relación entre estrés crónico y ENT, no obstante, se encuentra documentado la inducción de estados proinflamatorios mediados por IL-6 y TNF- $\alpha$  en el estrés, que a su vez juegan un rol en la etiopatogenia del ENT. Por otro lado, el tratamiento de esta condición, no está definida en los casos leves, más aún considerando la condición transitoria del cuadro y que en este caso posiblemente ocasionó la sintomatología hipertiroidea.



**TL 278 - DERMATOMIOSITIS DE DIFÍCIL MANEJO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.****TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico**AUTORES:** Chassin-Trubert, Anne-Marie<sup>1</sup>; Ramírez, Luis E<sup>2</sup>; Idrovo, Nelson<sup>2</sup>; Giraldo, Carolina<sup>3</sup>; Peñaranda, Raquel<sup>3</sup>; Barco, Noelia<sup>3</sup>; Marín, Camilo<sup>3</sup>; Martínez, Tomás<sup>3</sup>; <sup>1</sup> Subespecialista en Reumatología, Hospital San José, Santiago de Chile; <sup>2</sup> Especialista en Medicina Interna, Hospital San José, Santiago de Chile; <sup>3</sup> Becado(a) de Medicina Interna. Universidad de Santiago de Chile.**RESUMEN****INTRODUCCIÓN:** La dermatomiositis (DM) es una enfermedad inflamatoria de músculos, piel y vasos sanguíneos y se incluye dentro de las miopatías inflamatorias. Es más frecuente en niños, pero su prevalencia ha crecido en jóvenes y adultos. Su etiopatogenia se debe a una reacción autoinmune en personas genéticamente susceptibles a gatillantes ambientales. La sintomatología más común es la debilidad muscular, principalmente de musculatura proximal. Se puede asociar disfagia, por afectación de los músculos flexores del cuello y orofaringe, lesiones cutáneas, eritema y edema palpebral de color lila o heliotropo y nódulos de Gottron. El diagnóstico se basa en la clínica, elevación de creatinquinasa (CK), electromiografía (EMG) y la biopsia muscular. El tratamiento depende de la severidad y el compromiso sistémico e incluye glucocorticoides, inmunodepresores y terapias biológicas.**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina debuta a los 20 años con debilidad proximal de 4 extremidades, compromiso cutáneo con eritema heliotropo y pápulas de Gottron, fenómeno de Raynaud y reflujo gastroesofágico, CK en 5245 UI/l y EMG compatible con alteración miopática aguda de 4 extremidades, ANA (+) 1/640 homogéneo y moteado, ENA y Factor Reumatoide negativos, TAC Tórax-abdomen y pelvis normal y endoscopia digestiva alta con esofagitis y gastropatía congestiva. Se inicia metotrexato y prednisona 60 mg/día, con tapering progresivo. El 2015, presenta reactivación al intentar disminución de prednisona a 20 mg/día. Por intolerancia a metotrexato, se inicia azatioprina, manteniendo prednisona en 40 mg/día. Nueva recaída el 2016, se repite EMG: signos miopáticos de predominio proximal con escasa irritabilidad de membrana y mantiene CK elevadas. Por respuesta insuficiente de inmunosupresores y altos requerimientos de corticoides, el 2017 se inicia ciclosporina, sin lograr remisión completa en forma mantenida, aumentando el compromiso cutáneo con calcinosis extensas. El 2019 se inician pulsos de ciclofosfamida, logrando mantener CK en rangos normales y mejoría cutánea. Al terminar pulsos, se inicia micofenolato, presentando reacción adversa a medicamento, debiendo suspender e iniciar azatioprina, hasta el momento, sin poder bajar dosis de prednisona a menos de 20 mg/día, haciendo plantear eventual necesidad de cambio de estrategia terapéutica, valorando uso de rituximab.**DISCUSIÓN:** La DM es una enfermedad inflamatoria de progresión rápida y reactivaciones frecuentes. En nuestro caso, la evolución clínica se tornó tórpida y con varias reactivaciones, demostrando cierta refractariedad al tratamiento, sobre todo al momento de disminuir dosis de corticoides. Además, se agregó intolerancia e insuficiente respuesta a algunos fármacos. Estas situaciones hacen plantear que se trata de una DM de difícil manejo. La mayoría de los casos de DM reportados en la literatura responde a la terapia de primera o segunda línea, lo que en nuestro caso no se ha logrado, debiendo permanecer con dosis altas de corticoides con los consiguientes efectos secundarios. Existen poca información sobre DM de difícil manejo, por lo que nuestro caso, abre una posibilidad de búsqueda de marcadores de esta evolución.

## TL 279 - "EL DILEMA DE LA ÚLTIMA CAMA": A PROPÓSITO DE LA ADECUACIÓN DE ESFUERZO TERAPEÚTICO EN LA PANDEMIA POR COVID 19

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Fernández, Catalina<sup>1</sup>; Harmat, Matías<sup>2</sup>;<sup>1</sup> Becado Medicina Interna Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios;<sup>2</sup> Médico Hospital Padre Hurtado

### RESUMEN

El COVID 19 ha expuesto al sistema de salud chileno y sus determinantes, poniendo en duda la capacidad del sistema de entregar una atención oportuna y de calidad y exponiendo a los médicos clínicos a tomas de decisiones sensibles. Durante la pandemia se ha visto en boga en los medios de comunicación, redes sociales e incluso vocerías del gobierno el denominado "dilema de la última cama". Este consiste en tener a dos o más pacientes con idéntica situación clínica y probabilidad de recuperación con sólo una cama disponible que pueda satisfacer sus requerimientos. En el caso particular de las camas en unidad de paciente crítico, este recurso siempre ha sido limitado, sin embargo, con la pandemia este equilibrio se hace más estrecho y trae consigo el fantasma de este polémico dilema. Aun así, el principal conflicto bioético al que se ve enfrentado el clínico tanto en tiempos de pandemia como en normalidad es la adecuación de esfuerzo terapéutico (AET). Se presentarán dos casos, ambos con necesidad de cama de unidad de paciente crítico (UPC).

El primero es un paciente de 32 años, obeso mórbido quien ingresa al servicio de urgencias por disnea, dolor torácico, ageusia, anosmia y sensación febril, evoluciona en malas condiciones generales, requiriendo rápidamente de intubación orotraqueal e ingreso a UPC. El segundo es una paciente de 82 años de edad, con antecedentes de EPOC Gold D usuario de O<sub>2</sub> domiciliario, hipertensión arterial y cardiopatía coronaria, ingresada al servicio de urgencias por presentar 2 días de evolución de fiebre, aumento de disnea y dificultad respiratoria. Ingresada taquipneica, con uso de musculatura accesoria y con requerimientos de oxígeno crecientes. Se conversa con familia, con la cual se rescata antecedente de dependencia severa. Se decide junto a familiares no intubar y no ingresar a UPC e iniciar cuidados de fin de vida.

Dentro de los fines de la medicina se encuentran asegurar una muerte digna y el curar la enfermedad. Estos fines, si bien no son contrarios entre sí, se asocian a decisiones clínicas distintas dentro del espectro de la proporcionalidad para cada paciente. AET supone que, aun con todos los recursos disponibles, hay escenarios en que no existe un beneficio de insistir en esas terapias que prolongan sólo la agonía. Esta decisión la toma el equipo clínico considerando factores objetivos biomédicos y los valores y preferencias del paciente y su familia, y es mejor lograda con antelación, en un ambiente protegido y contando con toda la información disponible. La pandemia de COVID 19 nos da una oportunidad para visibilizar estos dilemas e incentivar la educación y discusión en torno a la bioética en la población en general. Para esto es clave que la educación parta desde la atención primaria, ya que a este nivel es donde ocurre la mayor interacción con los pacientes y sus familias en etapas precoces de su enfermedad. Esto junto a la creación de voluntades anticipadas y el uso de guías con criterios conocidos y aceptados de forma transversal para el acceso a unidades críticas, pueden facilitar la labor del clínico en la urgencia y contribuir a que más pacientes puedan obtener una atención de calidad.



## TL 280 - PÚRPURA TROMBOCÍTICO INMUNE: CASO CLÍNICO DE TROMBOCITOPENIA SEVERA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Saldías M, Roberto<sup>1</sup>; Saa G, Luis<sup>2</sup>; Kuschel P, Valentina <sup>2</sup>; Nuñez M, Nicolás <sup>2</sup>; Brito M, Vicente <sup>2</sup>; Vilafranca S, Camila <sup>2</sup>; Leyton S, Clara <sup>2</sup>; <sup>1</sup> Becado Medicina Interna, Universidad del Desarrollo, Hospital Padre Hurtado; <sup>2</sup> Interno Medicina, Universidad del Desarrollo, Hospital Padre Hurtado

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El púrpura trombocitopénico inmune (PTI) corresponde a una trombocitopenia adquirida aislada sin factores conocidos que la causen. La incidencia es entre 1-6 por 100.000 habitantes. Dentro de la fisiopatología se encuentran la presencia anticuerpos contra antígenos plaquetarios y destrucción mediada por linfocitos T citotóxicos. Es una de las causas más comunes en adultos con trombocitopenia asintomática, siendo 20-33% asintomáticos al diagnóstico. Aproximadamente en 66% de los pacientes se presenta con manifestaciones hemorrágicas, que pueden ser menores desde petequias, púrpura o epistaxis hasta sangrado mayor en trombocitopenias severas <20.000/microL como hemorragia digestiva o del sistema nervioso central. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente 34 años sexo femenino sin antecedentes mórbidos conocidos, consulta en el servicio de urgencia por cuadro de 4 días de evolución de petequias en extremidad superior que luego se distribuyen difusamente en todo el cuerpo, asociado a gingivorragia. No presenta fiebre, hematoquezia, melena, metrorragia, compromiso de conciencia, xeroftalmia, xeroftomía, reynaud o artralgias. Niega uso de fármacos o infección respiratoria reciente. Al examen físico destaca múltiples petequias difusas y restos hemáticos en cavidad oral. Sin evidencia de sangrado activo, linfadenopatías ni hepatoesplenomegalia y examen neurológico normal. Al laboratorio de ingreso se evidencia plaquetas de 2.000/microL, sin compromiso de otras series, coagulación normal. Se realiza una ecografía abdominal que describe hígado graso, sin hepatoesplenomegalia. En servicio de urgencia, se transfunden 2 unidades de plaquetas y se inicia tratamiento con corticoides en altas dosis. Se hospitaliza en unidad monitorizada para manejo de trombocitopenia severa. Se realiza hemograma que resulta normal, sin presencia de blastos ni compromiso de otras series, frotis normal. Se completa estudio con screening infeccioso de virus hepatitis C negativo (VHC), virus inmunodeficiencia humana (VIH) no reactivo, estudio autoinmune con perfil anticuerpos antinucleares negativo, factor reumatoide rango normal, coombs directo negativo, hormona tiroestimulante en rango y vitamina B12 en rango normal. Evolución favorablemente con persistencia de petequias difusas, sin episodios de sangrado, con un aumento progresivo del recuento plaquetario hasta 54.000/microL al quinto día de tratamiento. Completa 5 días de dexametasona 40mg y se da de alta con prednisona 80mg día con control ambulatorio en policlínico de hematología. **DISCUSIÓN:** Con respecto al diagnóstico y manejo de una trombocitopenia inmune es importante descartar causas secundarias como el VHC, H. pylori, VIH, parvovirus 19, citomegalovirus, lupus eritematoso sistémico, síndromes antifosfolípidos, hipertiroidismo y síndromes mieloproliferativos. En este paciente se descartaron causas secundarias, queda pendiente el estudio de forma ambulatoria de parvovirus 19 y citomegalovirus. Se manejó con corticoterapia en dosis alta por 5 a 14 días, con buena respuesta clínica y sin nuevo sangrado. Al no tener un sangrado mayor no requirió transfusión de plaquetas, inmunoglobulinas ni esplenectomía.



## TL 281 - MANIFESTACIONES DEL CÁNCER DE PÁNCREAS Y LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA CARACTERIZACIÓN DE SÍNTOMAS: REPORTE DE UN CASO

### TIPO DE TRABAJO:

**AUTORES:** Santos Cisternas, María José<sup>1</sup>; Humeres Baeza, Sebastián<sup>2</sup>; Caro Benado, Alberto<sup>2</sup>; Henríquez Valdés, Rocío<sup>2</sup>; Galindo Pfeng, Sebastián<sup>2</sup>; Olea Rivera, María José<sup>2</sup>; Rivera Ortiz, Jaime<sup>2</sup>; Alegría Madariaga, América<sup>2</sup>; 1 Médico Cirujano, Universidad de los Andes, Hospital de la Florida/Clínica Dávila, Santiago, Chile;<sup>2</sup>Interno de Medicina, 7mo año, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de páncreas es la séptima causa de muerte por cáncer a nivel mundial. En Chile representa el 5% de las muertes por cáncer y su incidencia se eleva sobre los 50 años siendo en promedio de 9 casos por cada 100.000 habitantes al año. La presentación suele ser tardía; al momento del diagnóstico la resecabilidad es de un 15-20% y luego de una pancreatoduodenectomía con márgenes negativos la sobrevida es de un 10-30% a 5 años. Puede presentarse como un síndrome consuntivo, como una ictericia silente y/o con síntomas como dolor abdominal, coluria y náuseas. Los vómitos y la esteatorrea se ven en menos de un tercio de los pacientes. El 90-95% de las neoplasias corresponde a adenocarcinoma exocrino, siendo su ubicación más frecuente (60-70%) la cabeza del páncreas, la cual presenta manifestaciones de colestasia de forma menos tardía. El objetivo de este caso clínico es recordar la importancia de caracterizar bien los síntomas como la orina oscura y elevar el índice de sospecha frente a cuadros larvados de dolor abdominal en pacientes sobre los 50 años de edad.

**CASO CLÍNICO:** paciente de sexo femenino de 70 años sin antecedentes mórbidos relevantes presenta cuadro de 1 mes de evolución de dolor epigástrico, sordo, intermitente durante la semana, que irradia a zona lumbar alta. La última semana nota ictericia leve, esteatorrea y coloración oscura de la orina interpretada por la paciente como hematuria. Siendo ésta última su principal preocupación, consulta con Urólogo, quien constata baja de peso involuntaria de 5 kgs en dos meses. Solicita UroTAC y examen de orina que informa microhematuria de 10-20 sin cilindros, sin otras alteraciones. Frente a la inquietud por el cuadro y previo al informe del UroTAC, la paciente decide acudir a Urgencias. Al examen físico, ictericia, pero en buen estado general con signos vitales normales. Destaca bilirrubina directa de 9.5mg/dL, transaminasitis con mayor elevación de FA y GGT, lipasa pancreática 338 y TAC de abdomen compatible con neoplasia de cabeza de páncreas, con obstrucción parcial del colédoco y contacto focal en 180° con arteria mesentérica superior y cuarta porción del duodeno. Sin elevación de Ca<sup>19.9</sup> ni otras alteraciones de laboratorio relevantes. Se instala de manera diferida un stent biliar que normaliza la bilirrubina en un par de semanas, mientras se descarta compromiso a distancia con PET-CT. Se inicia quimioterapia régimen FOLFIRI, habiéndose administrado 2 de 12 ciclos en la actualidad, sin mayores efectos adversos hasta ahora.

**DISCUSIÓN:** Ante la coloración oscura de orina no se puede obviar una anamnesis detallada y examen físico completo para orientarse hacia el origen de ésta. El no estudiar un cuadro digestivo de entrada en este caso podría haber retardado más el diagnóstico, por lo que es necesario mantener un alto índice de sospecha en pacientes de edad e indagar en otras alteraciones cuando se presenta un cuadro larvado de dolor abdominal, para adelantar el diagnóstico y obtener una mayor sobrevida en cuadros como éste.

Palabras clave: cáncer de páncreas, colestasia, ictericia, quimioterapia



## TL 282 - MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS Y PANCITOPENIA COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE VITAMINA B12: REPORTE DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Rojas, Camila (1); Bustamante, Carmen (1); Morgan, M. Teresa (2); 1 Becado de Medicina Interna, Universidad de Chile; 2 Médico Internista, Hospital San Juan de Dios, Santiago

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las manifestaciones neurológicas pueden aparecer precoz y frecuentemente como única expresión del déficit de vitamina B12. Pueden estar inversamente relacionadas a las manifestaciones hematológicas e incluso sin anemia.

La causa más frecuente del déficit es la pérdida de Factor Intrínseco por gastritis atrófica autoinmune, conocida como anemia perniciosa (AP). La historia clínica puede incluir signos y síntomas de pancitopenia, malabsorción y neurológicos, siendo los más comunes las parestesias y el trastorno de la marcha.

La biopsia de médula ósea (MO) y el mielograma no son necesarios para el diagnóstico, pudiendo llevar a error si hay hiperplasticidad, eritroblastos elevados y anomalías citogenéticas, confundiendo con leucemia.

En mielopatías severas existe una hiperintensidad característica en las imágenes de T2 en la RM en la médula espinal cervical y torácica.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 31 años, boliviana, sin antecedentes conocidos. Cuadro de 3 meses de compromiso del estado general, baja de peso de 18kg, gingivorragia, hipermenorrea, debilidad de extremidades inferiores, marcha inestable y parestesias desde zona umbilical a distal. Al examen físico palidez, úlceras en cavidad oral, M4 y ROT disminuidos en extremidades inferiores, parestesias desde T10 a distal, bipedestación y marcha dificultosa con aparente ataxia sensitiva. En laboratorio previo destacaba pancitopenia (Hb 5.8 g/dL, VCM 103, CHCM 38.5, GB 2570 (linfocitos 70%-RAN 514) y plaquetas 38.000), VHS 120 y frotis con anisocitosis, policromatofilia, linfocitos reactivos y punteado basófilo. Al ingreso aún con pancitopenia y elementos sugerentes de hemólisis. RM screening medular informó lesiones medulares cervicales y dorsales longitudinalmente extensas de predominio central y posterior, con sospecha de etiología inflamatoria-desmielinizante vs alteraciones metabólicas como déficit de vitamina B12. Mielograma con MO hiperplástica sin blastos. EDA evidenció gastropatía atrófica proximal. Anticuerpos anti-células parietales gástricas (AACPG) (+) 1/80. Se inició reposición empírica de Vitamina B12, presentando disminución progresiva de déficit neurológico y normalización del hemograma. Por VHS >130 y ferritina > 330 se amplió estudio con VDRL (+) débil, MHA-TP no reactivo, y estudio inmunológico: ANA 1/640 patrón puntos nucleares, ENA y anti-DNA (-); C3 73, C4 12; Anti B2-GP1 IgM 20/IgG 13; aCL IgM 19/IgG 7. Perfil inmunológico sugiere LES, pero no reúne criterios por lo que se mantiene en seguimiento.

**DISCUSIÓN:** Si bien no se pudo corroborar el déficit de vitamina B12 por no contar con el examen, tanto la clínica, el estudio complementario y la mejoría tras la reposición nos permiten asegurar este diagnóstico.

Se necesitan otros exámenes para confirmar el diagnóstico de AP ya que, si bien los AACPG (+) apoyan, tienen una baja especificidad, estando presentes en el 3-10% de la población sin AP. No debemos caer en el sesgo de conformidad, ya que hay elementos del laboratorio aún no explicados por el diagnóstico actual. Es fundamental el seguimiento, porque la AP está asociada a otras patologías autoinmunes que explicarían el estado inflamatorio crónico.



## TL 283 - TETRAPARESIA RELACIONADA A DÉFICIT DE VITAMINA B12, MÁS ALLÁ DE LO COMÚN.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Farías, María Paz<sup>1</sup>, Salinas, David<sup>1</sup>; Farías, Macarena<sup>2</sup>; Aguilera, Francisca<sup>2</sup>; Perazzo, Fabiola<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Becado(a) de Medicina Interna, Universidad de Los Andes. <sup>2</sup>interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El déficit de vitamina B12 tiene una prevalencia estimada de 2-3% en >65 años, y hasta un 23-35% en >80 años, siendo sus causas más frecuentes: anemia perniciosa, baja ingesta, enfermedades malabsortivas. Clínicamente se presenta con anemia megaloblástica -o en casos severos pancitopenia- y síntomas neurológicos variados: bradipsiquia, neuropatía periférica o degeneración de los cordones posteriores y laterales de la médula espinal, pudiendo manifestarse con alteración en la marcha, ataxia y tetraparesia, como en este caso clínico.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial, consulta por cuadro de 2 años de evolución de compromiso del estado general, baja de peso, mialgias y debilidad progresiva que llega a la postración. A lo anterior se agrega alteraciones conductuales y deterioro cognitivo leve. Al examen físico destaca parcialmente desorientado, con lesiones acrómicas difusas en rostro sugerentes de vitiligo; atrofia muscular, disminución de sensibilidad y tetraparesia espástica, mayor en extremidades inferiores; con babinski extensor bilateral. Exámenes con pancitopenia severa, anemia macrocítica con neutrófilos hipersegmentados, parámetros inflamatorios y LDH elevados; hiperbilirrubinemia leve; pruebas tiroideas y renales normales. Ecografía abdominal, TAC cerebral y TAC de tórax, abdomen y pelvis sin hallazgos relevantes. Endoscopia digestiva alta (EDA) sin signos de malignidad. Resonancia magnética de columna informa atrofia medular, sin masas ni lesiones desmielinizantes. Niveles de B12 en 60 pmol/L, por lo que se indica carga vitamínica intramuscular (im) con buena respuesta hematológica, resolución de síntomas neurológicos, y mejoría motora parcial. En cuanto al estudio etiológico, exámenes reumatológicos sin alteraciones, VDRL y VIH no reactivos, anticuerpos para enfermedad celíaca negativos, y anticuerpos anti factor intrínseco (FI) y anti células parietales negativos.

**DISCUSIÓN:** Dada la variedad de presentación clínica, la sospecha de déficit de B12 debe ser alta ante alteraciones neurológicas lentamente progresivas, anemia megaloblástica o síntomas anímicos sin otra causa, niveles séricos de cobalamina total <148 pmol/L suelen ser orientadores. La aproximación etiológica debe contemplar EDA en busca de signos de atrofia gástrica; y detección de anticuerpos anti FI y anti células parietales, teniendo en cuenta que las serologías tienen una sensibilidad aproximada del 70% y que un resultado negativo no descarta el diagnóstico. El tratamiento consiste en la reposición de cianocobalamina por vía im u oral altas dosis. Tanto las manifestaciones neuropsiquiátricas como hematopoyéticas responden positivamente a la suplementación, sin embargo, un retardo en el diagnóstico y tratamiento puede derivar en un déficit neurológico irreversible, he ahí la importancia de la sospecha clínica.



## TL 285 - COMPLEJIDAD DIAGNÓSTICA ASOCIADO A FALTA DE TRATAMIENTO: A PROPÓSITO DE UNA PORFIRIA AGUDA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Briones, Felipe<sup>1</sup>; Moscoso, Julio<sup>1</sup>; Madrid, Salvador<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Becado de medicina interna, Universidad de Chile, <sup>2</sup>Médico internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las porfirias son trastornos metabólicos causados por alteraciones en la actividad de las enzimas de las vías metabólicas de la síntesis del grupo hemo. Es una entidad poco frecuente, con una incidencia de 0.13 casos/millón habitantes/año. Su diagnóstico resulta desafiante dado su baja prevalencia y la poca especificidad de sus síntomas. Se clasifican en 3 categorías: agudas neuroviscerales, cutáneas crónicas ampollares, y cutáneas agudas no ampollares. Difieren completamente entre ellas en sus manifestaciones clínicas, test diagnósticos y tratamiento. En el primer grupo, la porfiria intermitente aguda (PIA) es la más frecuente, donde un déficit de porfobilinógeno deaminasa lleva a una acumulación de ácido deltaaminolevulínico (ALA) y porfobilinógeno (PBG). Su triada clásica de síntomas incluye dolor abdominal, alteraciones del sistema nervioso central, y neuropatía periférica. Este caso clínico destaca la importancia de tener una alta sospecha ante síntomas poco específicos, con énfasis en el diagnóstico, y en la aproximación a un tratamiento difícilmente asequible.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 22 años, haitiano, sin antecedentes mórbidos, consulta en urgencias por cuadro de 10 días de evolución de dolor abdominal, orina oscura y constipación. Sin otra sintomatología. Ingresó en regulares condiciones, deshidratado, taquicárdico, sin compromiso hemodinámico. Se hospitaliza por sospecha de obstrucción intestinal. En los exámenes de ingreso destaca hiponatremia severa (108 mEq/dL). Se realiza una tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste que muestra leve distensión de asas intestinales, sin otros hallazgos. Durante la hospitalización presenta episodio convulsivo autolimitado. Se maneja con solución hipertónica, repleción de carbohidratos endovenosa, opioides y beta bloqueadores, logrando cese del dolor y corrección hidroelectrolítica. Dados los síntomas gastrointestinales asociado al compromiso neurológico, se sospecha porfiria aguda neurovisceral. En recolección de orina de 24 horas destacan niveles de PBG y ALA en 82 mg/24 hr y 69 mg/24 hr respectivamente, confirmando el diagnóstico de PIA. Es dado de alta con analgesia oral, restricción hídrica, régimen alto en sodio y educación respecto a los factores descompensantes.

**DISCUSIÓN:** La PIA es una enfermedad poco frecuente, cuyo diagnóstico es subestimado, y el desconocimiento respecto a su manejo lleva a retrasos en su inicio. La terapia de soporte resulta de vital importancia mientras dure el cuadro agudo, considerando las complicaciones, como es el compromiso hipotalámico visto en este paciente, expresado como una secreción inapropiada de ADH.

El manejo ideal incluye el uso de panhematina endovenosa, pudiendo administrarse una carga de carbohidratos como puente hasta tenerla disponible. Resulta llamativo destacar en este caso clínico la imposibilidad de obtener tal fármaco, tanto por los altísimos costos asociados, como por la tardanza de obtenerlo en nuestro país.



## TL 286 - SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LINFOMA NO HODGKIN: REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Vial Lecaros, María de los Ángeles<sup>1</sup>; Olea Rivera, María José<sup>2</sup>; Humeres Baeza, Sebastián<sup>2</sup>; Rivera Ortiz, Jaime<sup>2</sup>; Caro Benado, Alberto<sup>2</sup>; Henríquez Valdés, Rocío<sup>2</sup>; Galindo Pfeng, Sebastián<sup>2</sup>; Alegría Madariaga, América<sup>2</sup>.<sup>1</sup>Médico Cirujano, Cesfam Padre Damian Molokai, Valparaíso, Chile.<sup>2</sup>Interno de Medicina, 7mo año, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Dentro del espectro del linfoma no hodgkin (LNH), el de células grandes B (DLBCL) es el subtipo histológico más común, siendo el 40% de los LNH en Sudamérica. Su incidencia reportada es de 7 casos en 100.000 habitantes/año. Este subtipo es más frecuente en hombres y su incidencia aumenta con la edad. El 40% de los pacientes presenta compromiso extranodal y extramedular, pudiendo afectar cualquier sistema. El DLBCL con compromiso extranodal óseo es poco frecuente, afecta principalmente al esqueleto axial, y corresponde al 2% de todos los linfomas en adultos. Generalmente se manifiesta como dolor óseo que no cede con reposo, con masa palpable localizada en el 50% de los casos. En ocasiones puede presentarse como fractura de hueso patológico y/o síndrome de compresión medular. Aproximadamente el 60% de los pacientes se presenta en estadíos avanzados. El diagnóstico definitivo es con biopsia y el manejo oportuno tiene buenos resultados. En este trabajo se presenta el caso de un paciente que debutó con compromiso extranodal óseo, con el objetivo de elevar el nivel de sospecha de patologías hematooncológicas como el LNH.

**INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE:** Paciente masculino de 50 años, con antecedentes de obesidad, tabaquismo suspendido y síndrome de Evans diagnosticado en octubre 2018, refractario a tratamiento médico por lo que fue esplenectomizado. Consultó en urgencias en marzo 2019 por cuadro de 1 mes de evolución de dolor dorso-lumbar intenso posterior a sobreesfuerzo, que le impedía conciliar el sueño, irradiado en faja y acompañado de parestesias e inestabilidad de marcha. Al interrogatorio negó compromiso esfinteriano, baja de peso u otros síntomas. Al ingreso destacaba al examen físico un leve aumento de tono en EEII, paresia mínima, marcada hiperreflexia de ambas EEII, reflejo cutáneo plantar flexor bilateral, y parestesias a nivel T7-T8. Los exámenes de laboratorio resultaron normales. Se estudió con resonancia magnética la cual mostró extenso compromiso óseo sustitutivo de la columna vertebral, sacro y huesos ilíacos, fractura en hueso patológico a nivel de T8, además de una acentuada raquiostenosis focal. Se realiza biopsia de cresta iliaca derecha, con hallazgo compatible con LNH difuso de célula grandes B CD20 (+). Se trató con dexametasona logrando resolución completa de los síntomas. Inició quimioterapia con rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina y prednisona completando 6 ciclos.

**DISCUSIÓN:** La presentación ósea del LNH es poco común, aún más si debuta con un síndrome de compresión medular. Es aquí donde es importante un alto índice de sospecha para buscar una etiología específica. Aunque el paciente no presentaba síntomas sugerentes de neoplasia, su género y su edad sí hacían probable el diagnóstico de LNH. La importancia en su diagnóstico temprano radica en los buenos resultados obtenidos al tratar oportunamente. Por último, si bien se describe que el Síndrome de Evans, antecedente del paciente, puede ser secundario a un LNH, no se describe una relación a la inversa, como en este caso, razón por la cual sería interesante estudiar si existe tal relación.



## TL 287 - SÍNDROME NEFRÓTICO POR EICH POSTERIOR A TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS: REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Sarmiento, Mauricio (1); Rojas, Andres (2); Castro, Josefina (3); González, Javier (3); Vargas, Sebastián (3); Brunman, Eitan (3); (1) Médico Hemato-oncólogo, Departamento de Medicina Interna, subdivisión Hemato-oncología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

(2) Residente de Hemato-oncología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

(3) Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome Nefrótico (SN) es un conjunto de nefropatías caracterizadas por proteinuria, edema e hipoalbuminemia. Existen diversos mecanismos fisiopatológicos, así como distintas manifestaciones histológicas. Su principal etiología en el adulto es la nefropatía diabética, luego están diversas entidades inmunomediadas o provocadas por daño glomerular directo, causas secundarias a patologías sistémicas, medicamentos, infecciones, u otros. La Enfermedad Injerto Contra Huésped (EICH) es una complicación del trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos. Se caracteriza por una cascada inmune iniciada por las células del donante en contra de los tejidos del receptor. Con curso agudo o crónico, puede afectar múltiples órganos, principalmente aquellos compuestos por tejido epitelial; como piel, intestino, epitelio respiratorio, entre otros.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre, 26 años, con antecedentes de Hepatitis Aguda por Virus Hepatitis B (VHB) en 2015. En 2018, Linfoma de Burkitt etapa IIA, refractario a HyperCVAD, en remisión con FLAG-Ida, y luego consolidación con trasplante de precursores hematopoyéticos haploidéntico el 28/09/2019. Postrasplante, cursa con reactivación por citomegalovirus, EICH cutáneo, gastrointestinal y hepático que ha requerido inmunosupresión con corticoides, Tacrolimus y Metotrexato. En junio inició cuadro compatible con SN impuro que se hospitaliza para estudio, destacando en los exámenes de ingreso proteinuria 15 g/día, sin falla renal. En los exámenes de búsqueda etiológica, se pesquisa reactivación de VHB con carga viral de 95.200.000 copias/ul, por lo que inicia Entecavir. Biopsia renal muestra nefropatía membranosa. Finalmente, es dado de alta con manejo médico de SN.

A los pocos días de alta, requiere hospitalización por compromiso del estado general, destacando enfermedad por VHB activa. En biopsia renal destaca por inmunofluorescencia, elementos de EICH, sin elementos categóricos de ser secundaria a VHB. Dado la importancia de no inmunosuprimir al paciente, se define manejo de EICH con fotoféresis extracorpórea, Ruxolitinib e Ibrutinib.

**DISCUSIÓN:** La EICH se caracteriza por su compromiso epitelial, eventualmente debido a una mayor proporción de células presentadoras de antígenos en dichos tejidos. La expresión renal de EICH es rara. La nefropatía membranosa representa 2/3 de los SN posterior al trasplante y debido a que la mayoría se encuentran en etapa precoz, es difícil encontrar cambios morfológicos característicos. En este caso se presenta un desafío diagnóstico, dado que el paciente presenta múltiples causas posibles de compromiso renal, entre las cuales se puede mencionar recaída del Linfoma de Burkitt, la infección por VHB, o secundaria a Medicamentos. Finalmente, es la Biopsia la que permite descartar patrones histológicos sugerentes de otras etiologías, asumiendo a la EICH como causa. Dado las diferentes estrategias terapéuticas posibles, es importante determinar lo más precisamente posible la etiologías involucradas. En este caso, la elección de fotoféresis e inhibidores de tirosin kinasas, se deben a la coexistencia de infección activa por VHB y EICH.



## TL 288 - GLOMERULONEFRITIS RAPIDAMENTE PROGRESIVA Y NEUMONIA POR COVID-19 ¿UNA RELACIÓN CASUAL?

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Manuel Mallol Simmonds, Mariel Hernandez Pérez, Daniel Enos Brito, Jaime Vasquez González, Gonzalo Bezama Orellana

### RESUMEN

La pandemia por el virus SARS-COV2 sin duda ha sido uno de los mayores desafíos de la medicina y salud pública de los últimos tiempos. Dentro del cuadro clínico la injuria renal aguda (IRA) se ha descrito en un 37% de algunas series, asociándose a peor pronóstico global. En dichos casos, una amplia variabilidad de causas ha sido reportadas (daño tubular directo, depósitos de proteínas, hipoxia medular, lesión directa por citoquinas, etc.), no existiendo aún una clara relación entre la glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP) y la enfermedad por COVID-19.

Mujer de 76 años sin antecedentes de relevancia, se hospitaliza en servicio de medicina por dificultad respiratoria progresiva, tos no productiva y fiebre. Se realiza reacción en cadena de polimerasa (PCR) para SARS-COV2 que resulta positiva. Evoluciona con necesidad transitoria de cánula nasal de alto flujo dada intolerancia al prono. 10 días posterior al ingreso cursa con aumento sostenido de parámetros inflamatorios, por lo que se pancultiva e inicia antibióticos por sospecha de infección asociada a atención de salud. En paralelo, evoluciona con deterioro progresivo de función renal con creatinemia hasta 4,5mg/dL, nitrógeno ureico en sangre de 120 mg/dL y anemia moderada microcítica hipocrómica con velocidad de hemossedimentación de 100. Examen de orina con microhematuria y discreta proteinuria. Electroforesis de proteínas plasmáticas con disminución intensa de betaglobulinas y aumento intenso en zona alfa 1 e hipoalbuminemia intensa. Se decide iniciar hemodiálisis por catéter transitorio, bien tolerada. De estudio complementario se rescata ANCA (+), iniciándose bolos de metilprednisolona y luego prednisona a 1mg/kg/día junto con ciclofosfamida oral. Se realiza biopsia renal por tres técnicas sin incidentes que informa glomerulonefritis crescénica mixta sin depósito de complejos inmunes, compatible con vasculitis de vaso pequeño. Tras 1 mes post inicio de tratamiento, en control ambulatorio paciente en buenas condiciones generales, asintomática. Creatinemia de control 2.6mg/dL y NUS de 68mg/dL. Se decide retiro de CHD, tratamiento inmunosupresor y control ambulatorio.

Debido al carácter emergente de esta nueva enfermedad, la evidencia y su calidad poseen un alto grado de cambio. Al momento de este reporte, no existe evidencia que reporte causalidad entre COVID-19 y glomerulonefritis pauciinmune. Posiblemente la intensa liberación de citoquinas pueda gatillar fenómenos vasculíticos renales que precipiten el desarrollo e instauración de la GNRP en pacientes con cierto grado de predisposición. Es interesante ahondar en estos casos y poder perfilar de mejor forma la IRA severa, su impacto en morbimortalidad y medidas preventivas en la infección grave por COVID-19, destacando el importante rol de la sospecha clínica y la biopsia renal.



## TL 289 - NEUROSÍFILIS CON COMPROMISO OCULAR Y ÓTICO: REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Vega, Luis Felipe<sup>1</sup>; Chávez, Sebastián<sup>2</sup>; Parada, Mauricio<sup>1</sup>; Matte, Nicolás<sup>3</sup>. <sup>1</sup> Residente de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile <sup>2</sup> Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile <sup>3</sup> Interno de Medicina, Universidad de Católica del Norte.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La neurosífilis es la infección del sistema nervioso central por *Treponema pallidum*. Puede presentarse en cualquier etapa desde el inicio de la infección, siendo más frecuente durante el primer año. El diagnóstico se puede realizar desde etapas asintomáticas hasta etapas con manifestaciones neurológicas variables. En las últimas décadas se ha descrito un mayor riesgo de infección en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), sobretodo con recuentos de CD4 bajos, carga viral alta o ausencia de tratamiento.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 42 años, portador de VIH hace 15 años, con suspensión de terapia antirretroviral (TARV) en los últimos 2 años. Presenta cuadro de 2 meses de lesiones maculares, descamativas, eritematosas y pruriginosas en tronco y extremidades con compromiso palmo-plantar, asociado a diaforesis nocturna y baja de peso de 5 kg. Consulta en extrasistema 3 veces, indicando esteroides tópicos y sistémicos, sin respuesta. Consulta con infectólogo donde se solicitó estudio inmunológico e infeccioso y reinicia TARV. Al día 10 se asocia dolor intenso retroocular izquierdo, junto a disminución de agudeza visual ipsilateral y entopsias.

Consulta en Emergencias. Ingresa taquicárdico, hipertenso, afebril, saturando 97% ambiental. Al examen neurológico destaca sensorio normal, ojo rojo bilateral, difuso a izquierda, pupilas isocóricas y reflejo fotomotor arreactivo izquierdo. Además, hipoacusia de oído izquierdo. Al laboratorio Hemoglobina 13.1 g/dL Leucocitos 8460/mm<sup>3</sup> Linfocitos 15% Plaquetas 258000/mm<sup>3</sup> VHS:88 mm/h PCR:196 mg/L VDRL 1/512, CD4 89/uL, Carga viral 92000 copias/mL. LCR: transparente, presión de salida normal, glucosa y proteínas normales, leucocitos 20/mm<sup>3</sup> 100% mononuclear. Tinción de gram, panel meníngeo, cultivo corriente y tinta china negativo, VDRL 1/4. Neuroimágenes sin alteraciones. Bajo sospecha de neurosífilis inicia penicilina sódica intravenosa para completar 14 días. Evaluado por oftalmología se describe panuveítis sifilítica en ojo izquierdo y uveítis anterior en ojo derecho. Se complementa terapia con esteroides tópicos y sistémicos. Evaluado por otorrinolaringología se confirma hipoacusia neurosensorial unilateral del oído izquierdo por sífilis.

Respecto al abandono de terapia se evalúa integralmente. Destaca práctica de sero-ordenación o serosorting, desinformación del curso de la enfermedad, vías de contagio y riesgo de coinfección. Finalmente, completa tratamiento sin dolor ocular con menos entopsias y recuperación paulatina de visión y audición.

**DISCUSIÓN:** La sífilis puede aumentar el riesgo de contagio de VIH como su transmisión una vez adquirido. Asimismo, en casos de coinfección, la sífilis puede manifestarse inusualmente, con mayor severidad y recaídas. Dentro de los factores de riesgo para adquirir la enfermedad destaca el bajo uso de preservativo, sobretodo en pacientes que practican el serosorting de lo cual actualmente no existe registro en nuestro país. Es así, que una evaluación integral e interdisciplinaria y la educación, la desmitificación y el tamizaje en todos los niveles de atención es fundamental para evitar el contagio, el diagnóstico tardío y sus complicaciones.



## TL 290 - LA GRAN SIMULADORA: MANIFESTACIONES ATÍPICAS DE UNA SÍFILIS SIN TRATAMIENTO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Briones, Felipe<sup>1</sup>; Villalobos, Néstor<sup>1</sup>; Madrid, Salvador<sup>2</sup>; Cartes, Lucas<sup>3</sup>; Sotomayor, Arturo<sup>3</sup>; Ortiz-López, Nicolás<sup>3</sup>; Dierlamm, Nidia<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Universidad de Chile. <sup>2</sup>Médico Internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago. <sup>3</sup>Interno de Medicina, Universidad de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La Sífilis es una infección de transmisión sexual que, sin tratamiento oportuno, puede comprometer múltiples sistemas del organismo y ser confundida con patologías de todo el espectro de la medicina. Una de sus complicaciones es la afectación del sistema nervioso central (SNC) denominada Neurosífilis que, cuando está presente, es necesaria la búsqueda del compromiso de otros órganos tal como se presenta en el siguiente caso.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 31 años con antecedente de hipertensión arterial, consultó por episodios de hemiparesia derecha de 1 semana de duración con recuperación íntegra durante el último mes. Al examen físico destacó presión arterial 190/130 y alteración de la marcha en tándem, sin lesiones evidentes en tomografía computada (TC) de cerebro. Se manejó como crisis hipertensiva, pero síntomas persistieron, por lo que se decidió hospitalizar. Resonancia magnética (RM) de encéfalo y angiografía RM de encéfalo y cuello evidencian múltiples infartos agudos y antiguos en ambos hemisferios con compromiso vascular oclusivo de territorio posterior izquierdo y medio bilateral. Ante sospecha de vasculitis del SNC se inició tratamiento corticoideal. Punción lumbar destacó elevación leve de proteínas y leucocitos con predominio linfocitario, índice de inmunoglobulina G en líquido cerebroespinal (LCE) aumentado y bandas oligoclonales presentes. Serologías virales negativas, prueba no treponémica sérica reactiva a títulos altos. Por sospecha de sífilis meningovascular se administra penicilina (PNC) sódica, confirmando diagnóstico posteriormente con pruebas treponémicas positivas en LCE. Se completa esquema antibiótico y continúa con PNC benzatina para tratamiento de sífilis terciaria. Evolucionó con dolor torácico y episodio de síncope, electrocardiograma con supradesnivel en derivadas V2-V3-V4, troponinas elevadas y angiografía TC de tórax y abdomen que descartó síndrome aórtico agudo. Coronariografía evidenció estenosis moderada de arteria descendente anterior (ADA), sin evidencias de accidentes de placa. Tomografía de coherencia óptica a ADA evidenció engrosamiento difuso de la capa media compatible con vasculitis coronaria que se manejó con corticoides. Punción lumbar de control mostró celularidad normal y prueba no treponémica no reactiva. La paciente presentó buena respuesta a tratamiento y completó estudio reumatológico e infeccioso sin alteraciones evidentes por lo que se indicó alta hospitalaria.

**DISCUSIÓN:** La sífilis es una enfermedad multisistémica de carácter pleomorfa. Nuestra paciente debutó de forma atípica, con crisis hipertensiva y compromiso neurológico. En un inicio, dadas las múltiples lesiones cerebrales y la edad de la paciente, se pensó que podría estar cursando con una vasculitis primaria del SNC. Gracias al estudio diferencial con serología para *treponema pallidum* se pudo dar inicio temprano al tratamiento de neurosífilis. Destaca en nuestro caso la presencia también de compromiso vasculítico coronario, complicando más la evolución del paciente. Gracias a una conducta terapéutica oportuna y al equipo multidisciplinario se logró la resolución clínica satisfactoria de la paciente.



## TL 291 - ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO: REPORTE DE UN CASO DURANTE PANDEMIA

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Herrera V., Verónica<sup>1</sup>; Núñez M., Nicolás<sup>2</sup>; Kuschel P., Valentina<sup>2</sup>; Saa G., Luis<sup>2</sup>; Brito M., Vicente<sup>2</sup>; Leyton S., Clara<sup>2</sup>; Villafranca S., Camila<sup>2</sup>; 1 Becado de Medicina Interna, Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo, Hospital Padre Hurtado; 2 Interno de Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Hospital Padre Hurtado

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Still del adulto (ESA) es una afección inflamatoria infrecuente. La prevalencia estimada es 0,16 en 100.000 personas, sin diferencia entre sexos. Es más frecuente en adultos jóvenes, con distribución bimodal entre 15 y 35 años, y entre 36 y 46 años. Habitualmente se manifiesta con fiebre elevada, rash maculopapular, artralgias/artritis y leucocitosis neutrofilica, pudiendo afectar múltiples órganos. El diagnóstico se basa en criterios clínicos y de laboratorio, debiendo descartarse condiciones que causen hallazgos similares. Aproximadamente un tercio de los pacientes cursan con enfermedad autolimitada en menos de un año, un tercio con recaídas, y un tercio evoluciona a etapa crónica.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 17 años, sin antecedentes conocidos, acude al servicio de urgencias por fiebre persistente, con meses de evolución de fiebre intermitente. Además, refiere 1 año de evolución de exantema macular toracoabdominal y en extremidades, asociado a artritis simétrica y aditiva de pequeñas y grandes articulaciones. Sin otros síntomas autoinmunes. Se hospitaliza para estudio de síndrome febril prolongado. Se estudia foco infeccioso con pancultivos e imágenes tórax, abdomen, pelvis y ecocardiograma sin hallazgos patológicos. Serología para inmunodeficiencia humana, virus hepatitis B y C, Reacción de polimerasa en cadena para Sars cov 2 negativos. Se solicita estudio autoinmune con Anticuerpos anti-nucleares, perfil de anticuerpos contra antígenos de núcleo extraíbles, anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico y anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos negativos. Ante sospecha de ESA, se da de alta con seguimiento por reumatología. En contexto de pandemia, sin control con especialidad. A la sintomatología se agrega dolor pleurítico derecho con tope inspiratorio por lo que reconsulta, trayendo laboratorio extrasistema con Ferritina 8 veces sobre el valor normal. Al ingreso destaca hepatoesplenomegalia, artritis, leucocitosis de predominio neutrofilico, anemia leve normocítica- normocrómica y transaminitis leve. A la Radiografía de tórax se evidencia pleuritis de pulmón derecho, sin derrame pleural. Se hospitaliza para manejo analgésico y completar estudio, descartándose causa infecciosa. Cuadro clínico se maneja como ESA, completa 5 días de corticoides sistémicos con remisión parcial de sintomatología. Evaluada por reumatología se optimiza manejo con metotrexato, y se da de alta con seguimiento ambulatorio por especialidad.

**DISCUSIÓN:** el caso presentado corresponde a una clásica presentación de ESA, cumpliendo los criterios diagnósticos propuestos por Cush y Yamaguchi y además con ferritina elevada, elemento frecuentemente asociado a esta patología. Según las recomendaciones, a pesar de que exista alta sospecha de ESA siempre se debe descartar patologías de presentación clínica similar; además en pacientes jóvenes se debe considerar la etiología hematológica.



## TL 292 - ANGIODISPLASIA DUODENAL, CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Ramírez, Luis<sup>1</sup>; Peñaranda, Raquel<sup>2</sup>; Barco, Noelia<sup>2</sup>; Giraldo, Carolina<sup>2</sup>; Marín, Camilo<sup>2</sup>; Martínez, Tomás<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Especialista en Medicina Interna, Hospital San José, Santiago de Chile. <sup>2</sup>Becado de Medicina Interna. Universidad de Santiago de Chile.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las angiodisplasias son alteraciones vasculares caracterizadas por vasos de paredes delgadas, dilatadas y ectásicas, que son recubiertas solo por endotelio o por una delgada capa de músculo liso. Las más características son venas submucosas, de estructura tortuosa y dilatada y las fístulas arteriovenosas, que son a las que se atribuye el mayor riesgo de sangrado. La patogénesis es congénita en menores de 20 años y adquirida en pacientes de mayor edad. La manifestación clínica, es la hemorragia digestiva. La angiodisplasia es una causa poco frecuente de Hemorragia Digestiva Alta (HDA), siendo más prevalente como causa de Hemorragia digestiva baja. Las angiodisplasias de estómago y duodeno son causantes del 4 al 7% de los sangrados gastrointestinales. Con frecuencia estas alteraciones pueden pasar desapercibidas en la endoscopia digestiva alta (EDA) y manifestarse como hemorragia digestiva aguda, anemia ferropénica y en menos ocasiones como hemorragia oculta. Los métodos diagnósticos más usados son la EDA y la arteriografía. El tratamiento es la ablación, mediante EDA, con técnicas como escleroterapia, electrocoagulación, láser, ligadura, fotocoagulación con plasma argón. A continuación, se presenta caso de HDA secundario a angiodisplasia duodenal.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 67 años, con antecedentes de hospitalización previa por HDA hace 3 meses y anemia severa secundaria. Refiere 4 episodios de melena en el último mes, con 2 consultas en servicio de urgencia que requirieron transfusiones de glóbulos rojos (GR). Ingresó por cuadro caracterizado por 2 episodios de hematemesis asociado a compromiso del estado general, palidez generalizada y astenia. A su ingreso hipotensa, taquicárdica, desorientada, palidez mucocutánea generalizada y pulsos débiles. Laboratorio de ingreso destaca: Creatinina 0.51 mg/dl, Nitrógeno ureico: 23.1 mg/dl, Hematocrito: 16.9%, Hemoglobina 4.8 g/dl, Leucocitos: 7.200, Plaquetas: 413.000, Protrombinemia 98.2%. Se realiza una primera EDA que evidencia presencia de angioma en bulbo duodenal y una segunda EDA de control que muestra lesión descrita como hemangioma sangrante en bulbo duodenal. Se diagnostica angiodisplasia duodenal y se realiza procedimiento con inyectoterapia y clips. Se realiza además colonoscopia que resulta normal. En hospitalización actual se realiza nueva EDA que muestra mucosa gástrica antral deslustrada con red vascular de submucosa visible y en duodeno lesión vascular de 3 milímetros como imagen plana en helecho. Se realiza procedimiento con argón plasma, inhibidor de bomba de protones por bomba de infusión continua y transfusión de GR.

**DISCUSIÓN:** Las angiodisplasias de duodeno suelen ser causas poco frecuentes de HDA a diferencia de las ubicadas en colón que son causa común de hemorragia digestiva baja, pero se asocian a alta recurrencia de HDA. Si bien, la literatura recomienda el manejo de la angiodisplasia con plasma argón, presentan altas tasas de recidivas y nuevos episodios de HDA, como ocurrió en nuestra paciente. Hasta el momento, no hay un manejo cien por ciento efectivo para esta condición, lo que plantea un desafío para la búsqueda de nuevas técnicas diagnóstico-terapéuticas.



## TL 293 - GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA SECUNDARIA A VASCULITIS IgA EN ADULTO: REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Villalobos, Arturo 1; Correa, Daniel 2; Godoy, Javiera 3; Del Solar, Benjamin 2; Guerra, Javiera 2; Warnken, Alfonso 2. 1Médico Internista, Universidad de Chile, Hospital Barros Luco Tradeau. 2Interno de Medicina, Universidad de Chile. 3Becado Medicina Interna, Universidad de Chile

### RESUMEN

La glomerulonefritis (GN) rápidamente progresiva se define como un deterioro rápido de la función renal y cuya evolución natural es la insuficiencia renal terminal. Clínicamente se observa una azotemia progresiva, con un incremento de 2 veces la creatinina (Cr) basal o una reducción de 50% de la depuración de Cr en tres meses, asociado a un patrón glomerular. Esta afectación renal puede ser generada por diversos mecanismos, uno de estos, mediado por inmunocomplejos como parte de una GN primaria o enfermedades sistémicas como la vasculitis por inmunoglobulina A (IgA). La vasculitis por IgA es una vasculitis sistémica de pequeño vaso caracterizada por depósitos vasculares y mesangiales de IgA. Su incidencia es mayor en niños y su presentación en adultos es infrecuente. Clínicamente se manifiesta con púrpura palpable, artritis, dolor abdominal y compromiso renal.

Se presenta caso de un varón de 59 años que consultó por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por lesiones maculopapulosas eritematosas que no desaparecen a la vitropresión, en cara interna de ambos muslos y hacia distal, asociado a impotencia funcional por dolor. Al interrogatorio dirigido refiere orina oscura hace 2 semanas (color café-rojizo). Ingresó hemodinámicamente estable, vigil y afebril. Se realizan exámenes de laboratorio: Cr 8.1 mg/dL, Nitrógeno ureico (BUN) 131 mg/dL. Pielotac sin alteraciones. Durante la hospitalización evoluciona con un empeoramiento de la función renal: Cr 10.76 mg/dL, BUN 175 mg/dL, potasio 5.2 mg/dL, orina completa: proteínas 0,5 g/dL, índice proteinuria/creatinina 1.46 g/mg, leucocitos >30, glóbulos rojos >30, regulares bacterias y placas de pus por lo que se inicia hemodiálisis (HD) y tratamiento con ciprofloxacino en contexto de orina inflamatoria. Ingresó a UTI para terapia de remplazo renal con instalación de catéter y diálisis bien tolerada. En el estudio inmunológico presenta IgA 674 mg/dL, complemento e inmunoglobulinas M y G normales, anticuerpos ANA, ANCA y ENA negativos.

Con evolución favorable se traslada a sala medicina planteándose Vasculitis por IgA asociado a nefritis por IgA por lo que se inicia tratamiento con bolos de metilprednisolona (3 dosis 1 gr/día endovenoso) y traslape a prednisona asociado a ciclofosfamida con buena respuesta; disminución de las lesiones cutáneas y de los parámetros nitrogenados, pero persistiendo el requerimiento de HD.

Se realiza biopsia renal, procedimiento que preliminarmente informa GN por IgA crescética con fibrosis intersticial y atrofia tubular 10-20%. Paciente es dado de alta con buen estado general, asintomático, normotenso en condiciones de continuar HD y tratamiento con Ciclofosfamida ambulatoria.

El diagnóstico de esta entidad se basa en pilares clínicos, de laboratorio y anatomopatológicos, con demostración de la existencia de una vasculitis por IgA y de depósitos vasculares de IgA tanto en la piel como en cualquiera de las biopsias de los órganos afectados. La afectación renal es la más importante, ya que marca el pronóstico y tiene un rol preponderante desde el punto de vista terapéutico.



## TL 294 - HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA: IMPORTANCIA DEL ACCESO A TERAPIAS CON ANTICUERPOS MONOCLONALES PARA MEJORAR EL PRONÓSTICO Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES.

**AUTORES:** Acevedo C. Sebastián<sup>1</sup>; Gaete M. Paula<sup>2</sup>; Cifuentes L. Maitiare<sup>2</sup>; Encina W. Valeria<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Médico Cirujano, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile. <sup>2</sup> Interna Medicina Interna, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile - Hospital Regional de Rancagua, Chile.

**INTRODUCCIÓN:** La Hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) es una enfermedad clonal muy rara. Esta alteración de células progenitoras hematopoyéticas es reflejada por hemólisis intravascular y un componente variable de insuficiencia medular y asociada a eventos trombóticos de localización atípica, éstos últimos son la 1era causa de morbilidad y mortalidad por HPN. Los síntomas son derivados principalmente de la anemia hemolítica y fenómenos de vasoconstricción. La evolución de HPN está marcada por crisis o brotes hemolíticos recurrentes. El diagnóstico de HPN se confirma con la presencia de clones de HPN en citometría de flujo. Por años, el pilar terapéutico de la HPN fue el soporte transfusional. Un gran avance en el tratamiento ha sido la aprobación de anticuerpos monoclonales humanizados (MAB), como eculizumab, que bloquea la proteína C5 del complemento y la inactiva, reduciendo la hemólisis e incidencia de trombosis.

**DESCRIPCIÓN DE CASO:** Hombre de 47 años, con antecedentes de insuficiencia venosa larga data, accidente cerebro vascular no secueado (hace 1 año), tabaquismo cesado, sin alergias ni exposición previa a biomasa. Hace 6 meses inicia dolor abdominal, astenia, hematuria macroscópica, ictericia y fiebre ocasional. Consulta por 1 semana de agudización de estos síntomas. Se ingresa por anemia hemolítica (macrocitosis, reticulocitosis, hiperbilirrubinemia indirecta, lactato deshidrogenasa 10 veces sobre valor normal), trombocitopenia leve, falla renal aguda y hemoglobinuria. Se sospecha microangiopatía trombótica por prueba de Coombs (-). El diagnóstico de HPN se confirmó con biopsia de médula ósea por citometría de flujo HPN que mostró clon en eritrocitos (14,69%) y en granulocitos (32,06%), con actividad de metaloproteinasa de FVW elevada.

**DISCUSIÓN:** En pacientes no diagnosticados previamente con HPN, un evento trombótico puede ser su debut. Las complicaciones observadas, son consecuencia directa de la hemólisis, esto resulta no solo en anemia sino también en liberación de hemoglobina libre y hierro, catalizando la formación de especies reactivas de oxígeno y secuestro de óxido nítrico (NO) por la hemoglobina libre intravascular. La depleción de NO produce vasoconstricción periférica y disfunción del músculo liso, cursando con síntomas de distonía, como dolor abdominal recurrente, disfagia, disfunción eréctil y astenia profunda, los que pueden ser incapacitantes en el transcurso crónico de HPN y producen gran impacto en la vida del paciente. La identificación oportuna de HPN permite: modificar conducta terapéutica; minimizar complicaciones trombóticas con uso de anticoagulantes; prevención y manejo precoz de ciertas situaciones (infección, esfuerzo físico, estrés) para limitar el desarrollo de un brote hemolítico agudo, cuyo tratamiento inicial se basa en hidratación y corticoides; elegir una terapia potencialmente curativa como el trasplante de células hematopoyéticas (alo TPH) o una que modifique el curso clínico y calidad de vida, con eculizumab, pero éste es de altísimo costo, por lo que se necesita mayor cobertura y acceso a los "medicamentos huérfanos" (para patologías de baja prevalencia) para mejorar la vida de estos pacientes.



## TL 295 - EDENTULISMO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HISTIOCITOSIS DE LANGERHANS EN ADULTO, REPORTE DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** 1Carvajal, Cindy; 1Cifuentes, Paula; 1Medina, Carlos; 2Zapata, Antonio, 3Lisott, Elena; 4 Humeres, Carlos; 1Becados medicina interna Universidad de Antofagasta, 2 Medico endocrinólogo, Hospital Regional Leonardo Guzmán Antofagasta, 3 Medico hematólogo, Hospital Regional Leonardo Guzmán Antofagasta; 4Anatomía patológica, Hospital Regional Leonardo Guzmán Antofagasta

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las histiocitosis de células de Langerhans (HCL) son un grupo de enfermedades heterogéneas que presentan un comportamiento biológico variable y de etiología aún desconocida. Es una enfermedad muy poco frecuente, afecta principalmente a niños y es muy rara su presentación en la edad adulta.

Se caracteriza por la proliferación, acumulación e infiltración de células del sistema mononuclear fagocítico, abarcando desde un solo órgano a un compromiso sistémico. Las manifestaciones más comunes son alteraciones óseas, lesiones en piel y mucosas, siendo las complicaciones endocrinas poco frecuente. El diagnóstico es clínico e histológico y su tratamiento depende de la extensión y de la disfunción de los órganos comprometidos.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 38 años, sin antecedentes mórbidos, consulta al servicio de urgencia por cuadro de 1 año de evolución caracterizado por edentulismo de varias piezas dentarias no asociado a traumatismo ni sangrado, en el último mes presenta recesión gingival y dificultad al masticar. Al examen físico destaca movilidad aumentada en dientes de sector posterior maxilar superior e inferior y gingivitis severa asociada a focos tipo granulomatosos y halitosis severa. Radiografía con lesiones múltiples en cuerpo mandibular bilateral en socavado. Por sospecha de HCL, se realiza estudio complementario en los cuales destaca: tomografía axial computarizada de cráneo, con múltiples lesiones líticas óseas bilaterales en mandíbula, maxilar, hueso temporal izquierdo y región zigomática esfenoidal ipsilateral; biopsia mandibular con focos de infiltrado inflamatorios crónico linfoplasmocitario, microgranulomas en tejido conectivo fibroso, focos hemorrágico compuestos por células histiocíticas, Inmuno-histoquímica con marcadores positivos para CD1a; CD68; S100; aumento de actividad osteoblástica en esqueleto axial y apendicular en cintigrama óseo e Hiperplasia mieloide 5% plasmocitos, rouleaux, en mielograma.

En el trascurso del estudio paciente cursa con poliuria, polidipsia y nicturia, se solicitan exámenes destacando: densidad urinaria normal; sodio urinario 90 mEq/L; sodio plasmático 150 mEq/L; ACTH 39 pg/dl ( 9 a 52 pg/mL); Cortisol 2,44 mug/dl (5 a 25 mcg/dl), compatible con diabetes insípida central e insuficiencia suprarrenal central concomitantes. Se decide manejar con defocación bucomaxilofacial, desmopresina, corticoterapia y quimioterapia, respondiendo favorablemente.

**DISCUSIÓN:** La HCL, es muy poco frecuente con etiología desconocida, cuyas manifestaciones clínicas más frecuentes son las óseas, sin embargo, siempre se debe buscar compromiso de otros órganos, como nuestro paciente, que manifestó alteraciones endocrinas. El tratamiento varía según los órganos afectados, va desde curetaje y escisión de las lesiones, hasta radioterapia o quimioterapia cuando hay mayor compromiso.

El pronóstico de la enfermedad es variable. La evaluación multidisciplinaria y su rápida derivación permite el diagnóstico oportuno de la enfermedad; esto fue el factor principal del curso favorable y control de la enfermedad de nuestro paciente.



## TL 298 - SÍNDROME DE RAPUNZEL Y TRICOBEOZOAR GÁSTRICO EN PACIENTE CON DEFICIENCIA DE FACTOR VII NO DIAGNOSTICADO PREVIAMENTE: UN CASO INUSUAL.

**AUTORES:** Acevedo C. Sebastián 1; Gaete M. Paula 2; Cifuentes Maitiare 2; Encina Valeria W. 2; Contreras C. Carolina 3. 1 Médico Cirujano, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile; 2 Interna Medicina Interna, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile - Hospital Regional de Rancagua, Chile; 3 Médica Hematóloga, Unidad Hematología, Hospital Regional de Rancagua, Chile.

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de bezoares es una entidad clínica rara. Se produce por acumulación de material indigesto formando una concreción o bezoar, que si es compuesto por cabello, se denomina tricobezoar, y en general se confina al estómago. Si éste traspasa el píloro y se extiende hasta duodeno, configura una entidad llamada Síndrome de Rapunzel. Ambas formas pueden complicarse con obstrucción intestinal y se asocian a un componente psicológico predisponente que podría inducir al hábito de arrancarse el cabello (tricotilomanía) y/o ingerirlo (tricofagia).

Por otra parte, la integridad de la vía extrínseca se refleja en el factor VII de la coagulación (FVII). El déficit de FVII es un trastorno genético hereditario raro, afecta a 1/500.000 habitantes. Se sospecha por alargamiento del TP y se confirma con una cuantificación de FVII disminuida (valor normal entre 70 a 130%).

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 16 años, tricotilomanía y tricofagia de larga data, sin historial de sangrado, sin otros antecedentes. Presentó dolor epigástrico y vómitos por 2 meses, a la endoscopia con tricobezoar en estómago y 1era porción duodenal, se diagnostica obstrucción intestinal de resolución quirúrgica. En estudio preoperatorio se encuentra un TP alargado. Ingres a pabellón con aporte de ácido tranexámico (ATX), vitamina K y cobertura antimicrobiana. Se realiza gastrotomía y exéresis de tricobezoar vía laparoscópica, procedimiento sin incidentes. Al control en 1° día post operatorio, asintomática, con abrupta caída de Hemoglobina (Hb) a 6,7% g/dl y alza de INR a 6. Transfunden glóbulos rojos y plasma fresco congelado (PFC) y ATX en infusión. Se sospecha sangrado post cirugía. A las 48 h inicia hematemesis y melena. Se desestima sangrado por visualización endoscópica de rafias normosituidas con pangastropatía erosiva (puntos de hematina). Prosigue estable, con hematemesis y melena intermitentes, en régimen 0 y nutrición parenteral, ATX, PFC, omeprazol y complejo de PT humana. Se sospecha déficit de FVII que se confirma con cuantificación de FVII en 19,5% y TP 54%. Evoluciona sin sangrado activo o menor evidentes ni emesis, escala a régimen liviano, Hb 8,4 g/dl. Suspenden ATX. La evaluación psiquiátrica concluye trastorno de pica y tricofagia en la paciente, indica psicoterapia y seguimiento estricto por Psiquiatría, de momento no precisa farmacoterapia. Se da de alta con seguimiento hematológico y psiquiátrico ambulatorio.

**DISCUSIÓN:** En personas con antecedentes psiquiátricos, que presentan vómitos, dolor y/o masa abdominal, se debe considerar al Síndrome de bezoares en el diagnóstico diferencial. El déficit de FVII, se expresa clínicamente (sangrados) cuando el FVII es <30% y la mayoría de las veces, queda en evidencia cuando existe una patología subyacente o situación transitoria que la desencadene, por lo que en general, la normalización del nivel de actividad de FVII se observa mediante el tratamiento efectivo de su patología causal. El manejo del Síndrome de Rapunzel así como del tricobezoar gástrico, implica retirar la masa y prevenir recurrencias abordando la causa psicológica que la subyace, por lo que es crítico el seguimiento psiquiátrico a largo plazo.



## TL 299 - PÚRPURA TROMBOCITOPENICA TROMBÓTICA ADQUIRIDA IDIOPÁTICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Pazmiño, Enrique<sup>1</sup>; Bustos, Isabel<sup>2</sup>; Rumie, A<sup>3</sup>; Schiaffino, P<sup>3</sup>; Bravo-Iratchet, C<sup>3</sup>; Nielsen, J<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Universidad de Santiago de Chile. <sup>2</sup>Médica Hematóloga, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago. <sup>3</sup>Interna Universidad de Chile, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) es una microangiopatía trombótica causada por deficiencia funcional severa de la metaloproteinasa del Factor Von Willebrand (FVW) ADAMTS13. Se caracteriza por acumulación de trombos ricos en plaquetas en vasos pequeños que determinan trombocitopenia, anemia hemolítica microangiopática y grados variables de disfunción orgánica. Constituye una emergencia médica que requiere tratamiento oportuno por su elevada mortalidad. Según su etiología se clasifica en adquirido o hereditario.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 32 años, sana sin historia gineco obstétrica, ni farmacológicas ni drogas. Refiere cuadro clínico de un mes, caracterizado por compromiso del estado general, disnea progresiva, palpitaciones, cefalea, dolor epigástrico asociado a náuseas y vómitos alimentarios y una crisis convulsiva tónico clónica con compromiso de conciencia. Al examen físico con intensa palidez cutánea mucosa, tinte icterico en escleras, equimosis en cuatro extremidades y petequias en extremidades inferiores. Laboratorio evidencia anemia macrocítica normocrómica severa regenerativa y presencia al frotis esquistocitos ++, plaquetas 5.000, leucocitos 7.220, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina normales, lactato deshidrodeshidrogenasa (LDH) 1.523, bilirrubina total (BT) 2.2 de predominio indirecto, función renal normal, test de Coombs directo negativo, antígeno de superficie de hepatitis B (-), anticuerpo virus hepatitis C (-), virus de inmunodeficiencia humana (-), perfil inmunológico sin hallazgos, orina completa con leucocitos 4-10 por campo, eritrocitos 20-30 por campo, urocultivo negativo, haptoglobina menor a 10 mg/dl (VN:45-165), ADAMTS13 menor al 3% con presencia de inhibidor concordante con PTT. Se inicia metilprednisolona 500 mg endovenoso por tres días y luego plasmaféresis (PF) con 1.5 de volemia con reposición con plasma continuando con Prednisona 1mg/Kg peso/día. Paciente recibe 10 ciclos de plasmaféresis continuos y 2 ciclos de rituximab 1.000 mg, el primero al iniciar la plasmaféresis y el segundo dos días posterior al último ciclo de la misma.

**DISCUSIÓN:** En nuestro centro se documentan 1 a 2 casos de PTT al año, lo que nos motiva a exponer la presentación, manejo y evolución de este caso que reúne criterios clínicos y de laboratorio para el diagnóstico. La microangiopatía trombótica, Adamts13 bajo 10 con inhibidor y un plasmic score de 6 en paciente grave, con anemia severa y hemólisis Coombs (-) y trombocitopenia severa avalan el diagnóstico. La convulsión tónico clónica refleja el compromiso trombótico microvascular que predomina sobre los fenómenos hemorrágicos, pese a la severa trombocitopenia. Nuestra paciente tuvo respuesta clínica al quinto día de terapia triasociada, con aumento sostenido del recuento plaquetario y disminución de LDH. El 4 de agosto (10° día post PF) ya completada PF, paciente asintomática, plaquetas, hematocrito, LDH normales, pero el nivel de adamts13 es 8, este bajo nivel nos hace sospechar riesgo de recaída, el cual es del 30 a 50%, el monitoreo de Adamts13 predice riesgo de recaída.



## TL 302 - TUMOR DE PANCOAST, UNA ENTIDAD A CONSIDERAR EN SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO.

**AUTORES:** Acevedo C. Sebastián<sup>1</sup>; Gaete M. Paula<sup>2</sup>; Cifuentes L. Maitiare<sup>2</sup>; Del Pino O. Catalina<sup>2</sup>. 1 Médico Cirujano, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile. 2 Interna Medicina Interna, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile - Hospital Regional de Rancagua, Chile.

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Pancoast, es una entidad clínica originada por la presencia de un tumor en vértice pulmonar, con invasión a pleura parietal y plexo braquial inferior que produce dolor irradiado y parestesias en su trayecto. En un 25% de los pacientes, se presenta asociado a Síndrome de Horner (ptosis palpebral ipsilateral, miosis, enoftalmos, anhidrosis unilateral) cuando la compresión tumoral compromete al ganglio simpático estrellado a nivel cervical. Este síndrome torácico de presentación especial, suele confundirse con un Síndrome del hombro doloroso (SHD).

**DESCRIPCIÓN DE CASO:** Mujer de 84 años, antecedentes de Hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tabáquica y artrosis coxofemoral; en tratamiento crónico regular. Consulta en policlínico por cuadro iniciado hace 6 meses de omalgia derecha irradiada a región escapular ipsilateral, asociada a parestesias difusas en cara interna de extremidad superior derecha. Se estudia cervicobraquialgia con Ecografía de hombro derecho, con tendinopatía y entesopatía de supraespinoso y artrosis acromioclavicular. Manejada con carbamazepina y paracetamol. Desde hace 2 meses, aumento de omalgia derecha y dolor escapular con extensión de irradiación (a hemitórax anterior y mama) y mayor intensidad de parestesias. Con pobre respuesta a analgesia, apetito disminuido, hipersomnía, disminución ponderal de 20 k y leve disnea de esfuerzo, sin otros síntomas. Se toma radiografía de Tórax, que revela opacidades pulmonares de bordes mal definidos en zona subclavicular derecha, visibles en proyección frontal. Prosigue estudio con tomografía computada de tórax que revela extensa lesión masiforme de aspecto tumoral agresivo lateral de ápice de lóbulo superior derecho, con componente óseo asociado, con tres imágenes nodulares en lóbulo superior de aspecto metastásico. Radiología intervencionista indica estudio de malignidad vía biopsia por punción transtorácica, con alta sospecha de TP, se hospitaliza. Al ingreso, hemodinamia estable, vigil, orientada, afebril, sin apremio ni requerimiento de oxígeno adicional, dolor EVA 3/10. Al examen físico, cara simétrica, mucosas hidratadas, lengua de coloración negruzca, cuello móvil, doloroso a la palpación cervical, escapular, mamaria y braquial derecha, parestesias en cara interna de brazo, rango articular acromioclavicular limitado leve, fuerzas conservadas, sin adenopatías ni megalias, sin focalidad neurológica, pares craneales indemnes. Por presencia de componente metastásico de mal pronóstico, familia decide manejo proporcional y cuidados paliativos de dolor con tapentadol y tramadol. Paciente fallece 17 días después, en casa.

**DISCUSIÓN:** El síntoma principal de esta paciente, lo constituye la omalgia derecha con irradiación ipsilateral, se atribuyó a SHD en inicio. TP representa <5% de los cánceres broncogénicos. Si existe un escenario proclive para su desarrollo, como ocurre en la EPOC, una cervicobraquialgia que progresa en intensidad, no debería ser considerada un epifenómeno, sino que valorarse como un síntoma directo de neoplasia pulmonar y debe estudiarse para otorgar intervenciones oportunas en estos pacientes.



## TL 303 - COMPROMISO MULTISISTÉMICO POR C. NEOFORMANS EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO: CRIPTOCOCOSIS DISEMINADA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

**TIPO DE TRABAJO:** Caso Clínico

**AUTORES:** Quinteros, Nicolás 1; Madrid, Salvador 2;1 Becado de Medicina Interna, Universidad de Chile, Campus Centro:2Médico Internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las infecciones Criptocócicas causadas por el C. neoformans están relacionadas con infecciones oportunistas en el contexto de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida (VIH), previo a la terapia antiretroviral (TARV) la prevalencia de la infección era cercana al 5%, sin embargo, luego del acceso a la terapia se ha evidenciado una reducción de los casos, concentrándose en la población con abandono de tratamiento y diagnósticos reciente. La meningitis es la manifestación más frecuentemente, el compromiso diseminado llega a ser una manifestación frecuente.

**CASO CLÍNICO:** Hombre 31 años, con antecedentes VIH el 2013, sin TARV desde hace 1 año. Cuadro de 1 mes cefalea 10/10 náuseas vómitos y anorexia; con lesiones cutáneas no dolorosas, ni pruriginosas en cuero cabelludo, región frontal y mentón, además extremidades. Consultó estable, afebril, con cefalea 4/10. Lesiones en piel papulares con depresión central costrosa, múltiples en cuero cabelludo, extremidades superiores, inferiores y en mentón. Adenopatía occipital e inguinales. Con rigidez de nuca (+). TC de cerebro sin alteraciones. Líquido Cefalorraquídeo (LCR) con Leucocitos 0, Eritrocitos 0 Proteínas 60.8 mg/dl Glucosa 47 mg/dl Tinta china (+) Film array meníngeo (+) para C. neoformans. Se inicia terapia con Anfotericina B liposomal y Fluconazol, se amplía estudio Carga Viral 152.000 copias-CD4 44. TC de Tórax Abdomen Pelvis: Formación nodular cavitada pulmonar derecha, nódulo pulmonar en el lóbulo medio y vidrio esmerilado en la llingula. Adenopatías mediastínicas, hiliares derechas, opérculo torácico izquierdo, ligamento gastrohepático e hilio esplénico, ilíacas externas izquierdas e inguinales bilaterales. TC de cerebro: Pequeña hipodensidad en brazo anterior de cápsula interna derecha. Fondo de ojo edema de papila, signos sugerentes de vasculitis retinal. Dado hallazgos lavado bronquioalveolar (LBA) con Galactomanano No significativo GenXpert TB: negativo Baciloscopia de LBA negativo, cultivo corriente y Cultivo de Hongos Negativos. RNM Cerebro: Focos nodulares hiperintensos en T2 FLAIR sin realce con Gadolinio en relación a núcleo lenticular y cápsula interna derecha. Cabeza de núcleo caudado derecho Cabeza y cuerpo anterior del núcleo caudado izquierdo compatibles con criptococosis en fase inflamatoria. Se realiza angiografía retinal con signos de hipertensión endocraneana, sin fenómenos vasculíticos. Dado el contexto de meningitis C. neoformans, lesiones cutáneas, pulmonares y cerebrales sugerentes compatible con criptococosis diseminada prolongándose terapia de inducción por 3 semanas, luego de la cual lesiones cutáneas remisión. Actualmente terapia de consolidación

**DISCUSIÓN:** La identificación de un compromiso multisistémico y diseminado del C. neoformans en los pacientes con VIH es muchas veces un desafío diagnóstico dado el amplio diagnóstico diferencial en el contexto de la inmunodepresión severa, sin embargo su identificación es crucial, principalmente para determinar los distintos sistemas comprometidos para una correcta instauración del tratamiento antifúngico y principalmente definir el inicio de TARV para prevenir la reconstitución Inmune.



# PROGRAMA DEL CONGRESO

