



Sociedad Médica de Santiago  
Sociedad Chilena de Medicina Interna



American College of Physicians  
Leading Internal Medicine, Improving Lives

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019

Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

<b>Gobernador Capítulo Chileno ACP:</b> Dr. Luis Miguel Noriega, FACP <b>Gobernadora electa Capítulo Chileno:</b> Dra. Luz María Letelier, FACP <b>Presidente Sociedad Médica de Santiago:</b> Dr. Gilberto González	
<b>NUEVAS FRONTERAS DE LA MEDICINA INTERNA</b>	
<b>TEMAS CENTRALES:</b> Medicina intensiva y de urgencia, Gastroenterología, Cardiología, Hematología, Infectología, Oncología, Nefrología, Inmunología, Dermatología, <b>MODALIDAD DOCENTE</b> Plenarias interactivas, Talleres de ecografía, cuidados paliativos y ventilación no invasiva, Doctor's Dilemma	
<b>INVITADOS INTERNACIONALES</b> <b>Dr. Bradley Allen, FACP, USA</b> <b>Dra. María Salome Pilheu, FACP, Argentina</b>	
<b>Director del Curso:</b> Dr. Omar Valenzuela, ACP Member <b>Sub director:</b> Dr. Alejandro Berkovits, FACP <b>Comité Organizador</b> Dra. M. Eugenia Pinto, MACP, Dr. Guillermo Conte, FACP, Dra. Luz M. Letelier, FACP, Dra. Helia Morales, FACP, Dr. Guillermo Acuña, FACP, Dra. Sylvia Echavarrí, FACP, Dr. Gonzalo Navarrete FACP, Dr. Carlos Pérez, FACP, Dra. Nathalie Colomer, ACP Affiliates, Dra. Gala Bozzano, ACP Resident, Dr. Cristobal Celis, FACP, Dr. Christian von Mühlenbrock, FACP	
<b>PROGRAMA CIENTÍFICO</b>	
<b>JUEVES 30 DE MAYO 2019</b>	
<b>08:00 - 08:30</b>	<b>INSCRIPCIÓN</b>
	<b>SALÓN PLENARIO ALONSO DE CÓRDOVA</b>
<b>08:30 - 08:45</b>	<b>INAUGURACIÓN</b> Dr. Omar Valenzuela, ACP Member
<b>08:45 - 09:30</b>	<b>SESIÓN INAUGURAL</b> <b>Modera:</b> Dra. Claudia Cortes, FACP <b>Novedades en bacterias multirresistentes y nuevos antibióticos</b> Dr. José Manuel Munita, FACP



Sociedad Médica de Santiago  
Sociedad Chilena de Medicina Interna



American College of Physicians  
Leading Internal Medicine, Improving Lives

**51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS**  
**SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019**  
Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

	AUDITORIO ALONSO DE CORDOVA A	AUDITORIO ALONSO DE CORDOVA B
9:30 - 10:30	<p><b>CARDIOLOGÍA</b> <b>Modera:</b> Dr. Carlos Deck, FACP</p> <p>1) <b>Muerte súbita posterior a una evaluación cardiológica normal</b> Dr. Marcelo Llancaqueo, FACP</p> <p>2) <b>Cardiotoxicidad: buenas drogas con malas complicaciones.</b> Dr. Rodrigo Carrasco</p> <p>3) <b>Casos clínicos. ECG que matan</b> Dr. Manuel Méndez</p>	<p><b>MEDICINA INTENSIVA / MEDICINA URGENCIA</b> <b>Modera:</b> Dr. Rodrigo Cornejo, FACP</p> <p>1) <b>El tiempo es oro</b> a) <b>Resucitación en urgencia:</b> Dr. Alfredo Umaña b) <b>Los primeros minutos en UCI</b> Dr. Ricardo Castro</p> <p>2) <b>Dolor abdominal en Urgencia: una caja de sorpresas.</b> Dr. Oscar Navea</p>
10:30 - 11:00	<b>CAFÉ</b>	
	<b>SALÓN PLENARIO ALONSO DE CORDOVA</b>	
11:00 - 11:45	<p><b>SESIÓN PLENARIA INVITADO INTERNACIONAL</b> <b>Modera:</b> Dra Isabel Hoffmann, FACP <b>Tuberculosis: <i>latent and related-diseases</i></b> Dr. Bradley Allen, FACP</p>	
11:45 - 12:30	<p><b>SESIÓN PLENARIA</b> <b>Modera:</b> Dr. Gustavo Mönckeberg, FACP <b>Inmunoterapia en cáncer ¿por qué el Nobel de medicina?</b> Dr. Alejandro Berkovits</p>	
12:30 - 13:45	<p><b>SIMPOSIO ALMUERZO</b> <b>Modera:</b> Dr. Christian von Mühlenbrock, FACP <b>“Pulmón blanco”: ¿en qué debemos pensar?</b> Dr. Felipe Reyes <b>Avances en Vasculitis de vaso pequeño y grande. Nuevas terapias</b> Dr. Francisco Silva, FACP Dra. Pamela Wurmman, FACP</p>	
	<b>SALÓN LOS ABETOS A y B</b>	<b>SALÓN PLENARIO ALONSO DE CORDOVA</b>
13:45 - 15:00	<p><b>Sesión de Poster: CC y TC</b> <b>Coordinadores:</b> Dra. Sylvia Echavarrí, FACP Dr. Gonzalo Labarca, FACP</p>	<p><b>Sesion interactiva:</b> <b>Modera:</b> Dra. Nathalie Colomer ACP Affiliates <b>Presenta:</b> Dr. Sergio Valdes <b>Aplicación de herramientas tecnológicas en atención de salud: ventajas y riesgos</b></p>
15:00 - 15:30	<b>CAFÉ</b>	



Sociedad Médica de Santiago  
Sociedad Chilena de Medicina Interna



American College of Physicians  
Leading Internal Medicine, Improving Lives

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019

Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

SALÓN PLENARIO ALONSO DE CÓRDOVA	
15:30 - 16:30	<b>Reumatología</b> Modera: Dr. Oscar Neira, FACP <b>¿Cuándo pensar en una enfermedad del tejido conectivo?</b> Dra. Annelise Goecke <b>Síndrome paraneoplásico y manifestaciones reumatológicas</b> Dr. Miguel Gutiérrez
16:45 - 18:00	<b>DOCTOR'S DILEMMA®</b> Competencia de trivia médica entre equipos de residentes de distintas facultades de medicina de Chile.
<b>VIERNES 31 DE MAYO DE 2019</b>	
SALÓN PLENARIO ALONSO DE CÓRDOVA	
08:30 - 09:30	<b>SESIÓN INTERACTIVA – CASOS CLÍNICOS DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b> Modera Dra. Patricia Vásquez Participan: Dr. Claudio Canals, FACP, Dr. Erico Segovia, Dr. Carlos Pérez, FACP
09:30 - 10:15	<b>Modera: Dr. Claudio Liberman, FACP</b> <b>“Lo imperdible del 2018 para todo internista y subespecialista” ¿Tenemos que cambiar nuestras conductas?</b> Dra. Luz M. Letelier, FACP
10:15 - 11:00	<b>CUENTA Y PREMIACION CAPÍTULO CHILENO ACP 2019</b> Dr. Bradley Allen, FACP Dr. Luis Miguel Noriega, FACP
11:00 - 11:30	<b>CAFÉ</b>
11:30 - 12:00	<b>SESIÓN PLENARIA INVITADO INTERNACIONAL</b> Modera: Dr. Marcelo Wolff, FACP <b>Infectious Complications of the Opioid Epidemic</b> Dr. Bradley Allen, FACP



Sociedad Médica de Santiago  
Sociedad Chilena de Medicina Interna



American College of Physicians  
Leading Internal Medicine, Improving Lives

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019

Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

12:00 - 12:45	<b>SESIÓN PLENARIA</b> <b>Modera:</b> Dra. María Eugenia Pinto, MACP <b>Eutanasia y suicidio asistido</b> Dr. Armando Ortiz	
12:45 - 14:00	<b>SIMPOSIO-ALMUERZO (Laboratorio Pfizer)</b> <b>Modera:</b> Dr. Carlos Pérez, FACP <b>Neumonía Comunitaria: aspectos terapéuticos</b>	
	<b>NOVEDADES EN MEDICINA HOSPITALARIA</b>	
	<b>AUDITORIO ALONSO DE CÓRDOVA A</b>	<b>AUDITORIO ALONSO DE CÓRDOVA B</b>
14:10 - 14:30	<b>Modera:</b> Dr. Walter Passalacqua, FACP <b>Nuevos conceptos en insuficiencia renal aguda</b> Dr. Hans Müller, FACP	<b>Interacción Radiólogo – Hospitalista</b>  <b>Modera:</b> Dr. Pablo Soffia <b>Casos clínicos y hallazgos comunes</b>
14:30 – 14:50	<b>Interacción de fármacos. Impacto del farmacólogo clínico</b> Dr. Luis Rojas, ACP Member	
14:50 – 15:00	<b>Preguntas y respuestas</b>	
15:00 - 15:20	<b>BRONCOPULMONAR</b> <b>Modera:</b> 1) <b>Asma, manejo actual y terapias biológicas</b> Dra. Paulina Barría	<b>GASTROENTEROLOGÍA</b> <b>Modera:</b> Dr. Marco Arrese, FACP 1) <b>Tratamiento actual VHB y VHC</b> Dr. Francisco Zamora
15:20 – 15:40	2) <b>Enfermedad intersticial</b> Dra. Gina Miranda	2) <b>Nuevas terapias en enfermedad inflamatoria intestinal</b> Dr. Manuel Álvarez Lobos
15:40 – 16:00	3) <b>Síndromes hipereosinofílicos y pulmón</b> Dra. María Salome Pilheu, FACP	3) <b>Patología digestiva funcional: banderas rojas</b> Dr. Esteban Glasinovic
16:00 – 16:15	<b>Preguntas y respuestas</b>	<b>Preguntas y respuestas</b>
16:15 - 16:35	<b>CAFÉ</b>	



Sociedad Médica de Santiago  
Sociedad Chilena de Medicina Interna



**51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS  
SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019  
Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago**

	<b>SALÓN PLENARIO ALONSO DE CÓRDOVA</b>
<b>16:35 - 17:00</b> <b>17:00 – 17:25</b>	<b>CASOS CLÍNICOS. SESIÓN INTERACTIVA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b> <b>Modera:</b> Dr. Iván Solís, FACP  1) <b>La mielodisplasia: una gran simuladora</b> Dr. Fernando Chuecas, FACP 2) <b>Manifestaciones dermatológicas del cancer</b> Dr. Fernando Valenzuela
<b>17:30 - 18:00</b>	<b>CEREMONIA DE PREMIACIÓN Y CLAUSURA</b> Premio Mejor Trabajo Científico Premio al Mejor Caso Clínico Premio al Grupo destacado de Becados ACP



Sociedad Médica de Santiago  
Sociedad Chilena de Medicina Interna



American College of Physicians  
Leading Internal Medicine, Improving Lives

**51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS  
SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019  
Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago**

**TRABAJOS GANADORES:**

---

**CATEGORIA TRABAJO CIENTÍFICO BECADO ACP: INTERVENCIONES PARA EL MANEJO DEL ABUSO DE OPIOIDES: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS**

**AUTOR: Dr. Gabriel Valdivia**  
Universidad de Concepción

---

**CATEGORIA TRABAJO CIENTÍFICO ESTUDIANTE ACP:**

---

**ESTUDIO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON REGISTROS INTRAHOSPITALARIO DE NIVELES DE VITAMINA B12**

**GANADOR: Esteban Muñoz Niklistchek**  
Universidad de Concepción

---

**CATEGORIA MEJOR CASO CLÍNICO BECADO ACP: TUBERCULOSIS PERITONEAL EN INMUNOCOMPETENTES: REPORTE DE UN CASO**

**GANADOR: Dr. Francisco Idalsoaga**  
Pontificia Universidad Católica de Chile

---

**COORDINACION SECCION:**

**DRA. SYLVIA ECHAVARRI, FACP**  
**DR. GONZALO LABARCA, FACP**

**COMISION EVALUADORA:**

**DRA. MARIA EUGENIA PINTO, MACP**  
**DR. CRISTIAN VON MÜHLENBROCK, FACP**  
**DR. JUAN CRISTOBAL CELIS, FACP**  
**DRA. LUZ MARIA LETELIER, FACP**  
**DRA. HELIA MOLINA, FACP**  
**DR. LUIS TORO, FACP**  
**DR. ESTEBAN ARAOS, ACP MEMBER**  
**DR. GONZALO DIAZ, ACP MEMBER**  
**DR. ARNALDO MARIN, ACP MEMBER**  
**DRA. GALA BOZZANO, ACP RESIDENT**

---

**Revisores Abstract:**

**Dra. Maria Eugenia Pinto**  
**Dr. José A. Rodríguez**  
**Dr. Cristian Von Mühlenbrock**  
**Dr. Juan Cristóbal Celis**  
**Dra. Luz María Letelier**  
**Dra. Helia Molina**  
**Dra. Sylvia Echavarri**  
**Dr. Luis Toro**  
**Dr. Gonzalo Labarca**  
**Dr. Esteban Araos**  
**Dr. Gonzalo Díaz**  
**Dr. Arnaldo Marín**  
**Dra. Gala Bozzano**  
**Dr. Guillermo Conte**  
**Dr. Claudio Liberman**  
**Dr. Carlos Perez,**  
**Dr. Fernando Descalzi**  
**Dr. Hans Müller**  
**Dra. Nathalie Colomer**

---

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

### SECCION TRABAJOS CIENTIFICOS CATEGORIA ALUMNO Y BECADO ACP

#### TC-54. ASOCIACIÓN ENTRE EL GENOTIPO CYP3A5 Y LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE TACROLIMUS: ¿MEJORA LA PRECISIÓN TERAPÉUTICA?

Schulz, Iris<sup>1</sup>; Flores, Claudio<sup>2</sup>; Carmona, Rodolfo<sup>2</sup>; Navarro, Gustavo<sup>2</sup>; Plaza, Anita<sup>2</sup>; Leiva, Marina<sup>2</sup>; Castañeda, Luis<sup>2</sup>; Muñoz, Daniel<sup>2</sup>; Mezzano, Sergio<sup>2</sup>; Ardiles, Leopoldo<sup>2</sup>; Krall, Paola<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, ACP Associate, Universidad Austral. <sup>2</sup>Laboratorio Nefrología, Universidad Austral de Chile, Hospital Base Valdivia

**Introducción:** Tacrolimus (TcL), el inmunosupresor más usado en trasplante renal (TxR), requiere de una acuciosa monitorización de sus niveles plasmáticos para minimizar riesgos de rechazo y toxicidad. El mejor marcador de exposición a TcL es el área bajo la curva (AUC), pero clínicamente se monitorizan los niveles predosis (C<sub>0</sub>), que muestran alta variabilidad y una controvertida correlación con AUC. La farmacocinética de TcL es dependiente del citocromo CYP3A5 SNP rs776746, que permite clasificar a los sujetos como metabolizadores lentos (CYP3A5\*3/\*3 o GG), intermedios (CYP3A5\*1/\*3 o AG) o rápidos (CYP3A5\*1/\*1 o AA). **Objetivo:** Determinar la relación entre CYP3A5 SNP rs776746 y niveles plasmáticos de TcL en sujetos TxR. **Método:** Estudio retrospectivo de 57 pacientes adultos con seguimiento de TxR >3 meses en Hospital de Valdivia, en terapia inmunosupresora estable con TcL de liberación prolongada. El SNP rs776746 se determinó por PCR TaqMan y secuenciación aleatoria. El AUC se determinó en 16 pacientes de diferentes genotipos, utilizando 6 puntos de TcL (C<sub>0</sub>, C<sub>1</sub>, C<sub>2</sub>, C<sub>4</sub>, C<sub>12</sub> y C<sub>24</sub>) medido por inmunoquimioluminiscencia (Cobas Roche). **Resultados:** Los pacientes presentaban edad promedio de 43 años [17-71 años], 51% mujeres, 81% TxR con donante cadáver y tiempo de TxR en promedio 2.7 años. El 60% presentaba C<sub>0</sub> de 5-10 ng/ml en su último control. Se identificaron 58%, 26% y 16% de sujetos con genotipo GG, AG y AA respectivamente. Las dosis utilizadas por genotipo resultaron GG=0.06±0.03, AG=0.12±0.05 y AA=0.15±0.05 [mg/kg peso], observando diferencias entre GG-AA (p=0.0001) y GG-AG (p=0.0003). La mejor correlación entre TcL y AUC se observó en C<sub>24</sub> (r=0.96, p=6x10<sup>-9</sup>) y C<sub>12</sub> (r=0.94, p=8x10<sup>-8</sup>), independiente del genotipo. Los valores de AUC/dosis por genotipo resultaron AA=24.9, AG=53.7 y GG=106, identificando diferencias entre GG-AA (p=0.004) y GG-AG (p=0.04). **Discusión:** La cohorte analizada tiene una alta prevalencia de genotipo GG, que se asoció a

requerimiento de menores dosis de TcL pero que se

duplican en portadores del alelo A. Los resultados demuestran el valor clínico de la determinación del genotipo CYP3A5 rs776746 para personalizar la terapia inmunosupresora y facilitar el monitoreo post-TxR contribuyendo a la evaluación de la adherencia a la terapia. Este dato puede ser obtenido durante período pre-TxR y potencialmente puede ser aplicado en otros escenarios clínicos que requieran de calcineurínicos.

#### TC-42. ESTUDIO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON REGISTROS INTRAHOSPITALARIO DE NIVELES DE VITAMINA B12

Muñoz Niklistchek, Esteban<sup>(1)</sup>; Valdivia, Gabriel<sup>(2)</sup>; Gajardo Jofré, Ángela.<sup>(3)(4)</sup> Adelina Chambi, Carolina<sup>(1)</sup>; Tenelema Cemes, Yelka;<sup>(4)</sup> Labarca, Gonzalo<sup>(5)</sup>.

1: Interno, Medicina, Universidad de Concepción, ACP student. 2: Becado Medicina Interna, Universidad de Concepción, Sede los Ángeles, ACP member. 3: Alumno de Medicina, Universidad de Concepción. 4: Psicóloga, Universidad de Concepción. 5: Universidad de Concepción, ACP Fellow, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles

**Introducción:** No existe suficiente conocimiento sobre la significancia de valores elevados de cianocobalamina (Vitamina B12) y los desenlaces clínicos en población adulta hospitalizada.

**Objetivo:** Relacionar niveles de vitamina B12 y mortalidad en población hospitalizada.

**Métodos:** Estudio longitudinal retrospectivo observacional. Se consideraron pacientes registrados con medición cuantitativa de vitamina B12 en laboratorio del Hospital entre los años 2015 y 2018. Los fallecimientos se obtuvieron del registro civil con seguimiento de 12 meses desde la hospitalización. Se establecieron variables dicotómicas: Estado (Vivo/Fallecido), Los valores de vitamina B12 se estratificaron según: Deficiencia de vitamina B12 (≤200 pg/mL), Niveles normales de Vitamina B12 (200-1000 pg/mL) y Niveles Altos de Vitamina B12 (≥1000 pg/mL). Se evaluaron las diferencias entre los distintos grupos mediante chi-cuadrado y prueba t de student, reportando el odd ratio (OR) con su intervalo de confianza (IC) considerando un valor p <0.005. Los datos fueron analizados en el software estadístico IBM SPSS Statistics.

**Resultados:** Durante el periodo se recolectaron 3.916 pacientes con 592 (15.11%) fallecidos, los promedios de vitamina B12 fueron estadísticamente superiores en el grupo fallecido respecto a vivos (fallecidos: 790.7 ± 644.1 pg/ml vs vivos: 566.2 ± 583.4 pg/mL), (valor-p=<0.001). Entre los pacientes con el cuartil superior, un 27,4% falleció durante el periodo comparado con un 13% de los pacientes del tercio inferior) (OR 1.48, IC 95% 1.24 -

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

1.76), (valor-p = 0.006), entre los pacientes con deficiencia de vitamina B12, un 12% falleció comparado con 15.9% de los pacientes sin déficit, OR 1.383 (IC 95% 1.095 - 1.748), (valor-p < 0.001).

**Discusión:** Existe una relación estadísticamente significativa entre una mayor mortalidad y niveles elevados de vitamina B12. Es coherente con la escasa literatura disponible. Sin embargo, hay un resultado inversamente proporcional con la deficiencia de vitamina B12.

### TC-45. NIVELES DE NANOVESÍCULAS URINARIAS E INJURIA RENAL AGUDA

Boltansky, Andrés<sup>a</sup>; Jimenez, Matias<sup>c</sup>; Bobadilla Gustavo<sup>c</sup>; Hevia, Daniel<sup>b</sup>; Cabrera, Sebastián<sup>a</sup>; Irrazabal, Carlos<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Nefrología, Clínica Dávila, Santiago de Chile <sup>b</sup> Laboratorio de Fisiología Integrativa y Molecular, CIB – Universidad de Los Andes, Santiago de Chile <sup>c</sup> Becado de Medicina Interna, ACP Member, Universidad de los Andes, Santiago de Chile.

#### Introducción:

La injuria renal aguda (IRA) en unidades de cuidado intensivo (UCI) determina importante morbimortalidad. Su diagnóstico se basa en creatinina y diuresis, considerados marcadores tardíos. Los exosomas son nanovesículas extracelulares (NVEC) liberadas en orina desde epitelio renal y son evaluados aquí para exploración de biomarcador en IRA.

#### Objetivo:

Determinar si la concentración de NVEC en muestras de orina de pacientes críticos, tomadas al ingreso, se correlaciona con IRA o su desarrollo.

#### Métodos:

Fueron enrolados pacientes  $\geq 18$  años ingresados en UCI. Se tomó muestra de orina al ingreso, para medición de NVEC con Nansight<sup>®</sup>, y fueron seguidos con creatinina por 7 días. Se comparó concentración de NVEC entre pacientes sin IRA (AKI-0) y pacientes con IRA 2 o 3 (AKI).

#### Resultados:

Se enrolaron 37 pacientes, 51% de sexo masculino y 64 años promedio. De éstos, 15 pacientes no desarrollaron, ni ingresaron con IRA. La concentración de NVEC fue significativamente mayor en pacientes AKI vs AKI-0 ( $p = 0,0027$ ), con mayor diferencia en 90-120 nm. No hubo diferencia de concentración entre pacientes que ingresaron con IRA y quienes la desarrollaron después. A las 48 hrs, hubo disminución de NVEC 90-120 nm en el grupo AKI ( $p < 0,0007$ ), a diferencia de creatinina que se mantuvo estable. Las NVEC no se vieron afectadas por comorbilidades, APACHE y diálisis.

#### Discusión:

La concentración de NVEC fue significativamente mayor en pacientes con IRA, especialmente entre 90-120 nm. Podrían llegar a ser una herramienta de diagnóstico más precoz, y de mejor seguimiento para injuria renal.

### TC-53. FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA EN PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS POR MOTIVOS NO CARDIOLÓGICOS: CONVIDADO DE PIEDRA EN EL INTENSIVO

Parra, Alfredo<sup>1</sup>; Rojas, Veronica<sup>2</sup>; Conejeros, Carolina<sup>2</sup>; Toro, Luis<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile, ACP Associate. <sup>2</sup>Enfermera Universitaria, Hospital Clínico Universidad de Chile. <sup>3</sup>Médico Internista, Doctor en Ciencias Médicas, Hospital Clínico Universidad de Chile, FACP.

**Introducción:** Los residentes de unidades de paciente crítico (UPC) se deben enfrentar a eventos cardiológicos como la Fibrilación Auricular paroxística (FAP), condición que se asocia a peor pronóstico en estos grupos. En la actualidad, existen escasos datos en la literatura sobre la tasa de FAP y el efecto que produce en aquellos pacientes que ingresan a UPC por motivos no cardiológicos, y de los cuales se tiene baja o nula sospecha previo al desarrollo del evento. **Objetivo:** Determinar la incidencia y el impacto de episodios de FAP durante la estadía en UPC en pacientes ingresados por causas primarias no cardiológicas. **Pacientes y Métodos:** Se estudió una cohorte de 38.438 pacientes ingresados a UPC a partir de un registro multi-céntrico de pacientes críticos en EE. UU., entre 2015 y 2018 (eICU database). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años admitidos con diagnósticos de ingreso no cardiológicos. Se dividieron los pacientes en 3 grupos: pacientes que desarrollaron FAP, pacientes con FA crónica (FAcr) y pacientes sin FAP o FAcr (noFA). Se analizaron características demográficas, clínicas y de laboratorio. Se determinó la tasa de desarrollo de eventos cardiovasculares mayores (MACE) durante la hospitalización, incluyendo insuficiencia cardiaca, infarto al miocardio y mortalidad cardiovascular; también se incluyó estadía hospitalaria y mortalidad global. **Resultados:** De los 38.438 pacientes admitidos a UPC, se obtuvo datos apropiados de 34.556 (89,9%). 68% eran hombres; edad al ingreso: 61 $\pm$ 15 años; APACHE-II de ingreso: 15 $\pm$ 12; diagnósticos al ingreso más frecuentes fueron: Sepsis (45%), Gran Cirugía (31%) y Politraumatismo (12%). 31.652 (91,5%) no presentaron FAP o FAcr (noFA), 1.583 (4,5%) presentaron FAcr, y 1.321 (3,8%) desarrolló FAP durante la hospitalización. En relación al grupo noFA, los pacientes con FAP tenían mayor edad, tasa de HTA y uso de fármacos antihipertensivos. En relación al desarrollo de eventos, los pacientes con FAP tuvieron mayor tasa de MACE (noFA:





## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

8%; FAcr: 10%; FAp: 12%; HR FAp vs noFA: 1,9 [1,7-2,1],  $p < 0,001$ ; HR FAp vs FAcr: 1,4 [1,1-1,7],  $p < 0,001$ ). Finalmente, el grupo con FAp tuvo mayor número de días de hospitalización (noFA:  $10 \pm 9$  días; FAcr:  $13 \pm 10$  días; FAp:  $15 \pm 11$  días;  $p < 0,001$ ). **Discusión:** En este estudio se observó que la FAp en pacientes críticos con patología primaria no cardiológica impacta significativamente en el desarrollo de complicaciones cardiológicas y prolongación de estadia hospitalaria total. Estos datos sugieren que la FAp podría constituirse como factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones tanto del diagnóstico por la cual fueron ingresados, como para otras que previamente no constituían un conflicto en lo inmediato. Esto implica la necesidad de desarrollar herramientas que permitan prevenir en estas unidades el desarrollo de FA, tal como sucede, por ejemplo, con la tromboprofilaxis.

### TC-51. INTERVENCIONES PARA EL MANEJO DEL ABUSO DE OPIOIDES: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS

Valdivia, Gabriel<sup>1</sup>; Pacheco, Cecilia<sup>2</sup>, Labarca, Gonzalo<sup>3</sup>.

1: Becado Medicina Interna, Universidad de Concepción, Sede los Angeles, ACP member. 2: Cochrane Latinoamérica, Santiago, Chile. 3: Universidad de Concepcion, ACP Fellow, Complejo Asistencial Dr. Victor Rios Ruiz, Los Angeles

**INTRODUCCIÓN:** El uso abusivo de opioides es un trastorno cada vez mas frecuente y con alto impacto en la mortalidad y calidad de vida de los pacientes. El objetivo de este estudio fue realizar una revisión sistemática de la literatura evaluando intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para manejar el abuso de opiodes.

**MATERIALES:** Se realizo una busqueda amplia en bases de datos: MEDLINE, Lilacs, Ovids, Cochrane y Epistemonikos. 2 revisores de manera independiente participaron de la búsqueda bibliografica, seleccion de articulos, el análisis de riesgo de sesgo y extracción de datos. Se incluyeron estudios clínicos aleatorizados (ECA). Para el estimador puntual, se realizó un meta-análisis usando modelo de Simoniane Laird. Los resultados fueron expresados en medida de riesgo relativo (RR) o diferencia de media (MD) con su respectivo intervalo de confianza con valor  $p < 0,05$ . La heterogeneidad fue evaluada por inspección visual y prueba  $I^2$  mientras que el sesgo de publicacion fue evaluado mediante inspeccion del Funnel Plot. La calidad de la evidencia obtenida fue calificada según el metodo GRADE.

**RESULTADOS:** Se incluyeron un total de 40 artículos. El tratamiento continuo con metadona es eficaz respecto a placebo a nivel de negativizacion de muestra con opioide

en orina/pelo para opiáceos (RR 0.78 [0.69, 0.87] (GRADE: ALTA) y disminuye el autorreporte de consumo de heroína (RR 0.78 [0.69, 0.87]) (GRADE: MODERADO). Ademas es eficaz como farmaco para conitnuar el tratamiento en esta poblacion (RR 3.53 [2.98, 4.18]) (GRADE: ALTA). El uso de buprenorfina en dosis altas es eficaz para disminuir el número de muestras positivas de orina para opiáceos (MD -2.28 [-2.98, -1.58]) (GRADE: MODERADO), sin embargo, buprenorfina no presentó ventajas por sobre la metadona a misma dosis. Otra intervencion efectiva respecto a placebo fue Lofexidina con una disminucion en el de síntomas derivados del abuso de opiodes (MD -0.187 [-0.763, 0.39]) (GRADE: BAJO). Respecto a intervenciones no farmacologicas, no existe suficiente evidencia disponible para determinar la utilidad de acupuntura.

**CONCLUSIONES:** La metadona y la buprenorfina siguen siendo pilares fundamentales del manejo del consumo abusivo de opiáceos. La lofexidina representa una alternativa viable con una calidad de la evidencia baja. Faltan estudios para determinar utilidad de otras terapias alternativas.

### TC-39. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, BIOQUÍMICA, MICROBIOLÓGICA Y RADIOLÓGICA DE PIELONEFRITIS AGUDA EN PACIENTES ADULTOS: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO CLÍNICO

Paredes, Héctor<sup>1</sup>; Ruiz, José<sup>1</sup>; Toro, Luis<sup>2</sup>; Alvo, Miriam<sup>3</sup>; Arriagada, Andrés<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Interno de Medicina, Universidad de Chile; ACP Medical Student. <sup>2</sup>Médico Internista, Doctor en Ciencias Médicas, Hospital Clínico Universidad de Chile; FACP. <sup>3</sup>Medico Nefrologa, Hospital Clinico Universidad de Chile; <sup>4</sup>Médico Internista, Becado de Nefrología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** El número de pacientes con pielonefritis aguda (PNA) en el mundo alcanza 25,9 millones habitantes/año. Consiste en inflamación del riñón y pelvis renal, sospechada clínicamente por presencia de sensibilidad en flancos, apoyada por un uroanálisis que evidencia bacteriuria o piuria y un urocultivo positivo (en un 90% de los casos) que evidencia por lo general infección por bacterias Gram negativo. Además, la evaluación de PNA puede ser complementada con estudio imagenológico, principalmente para evaluar la presencia de complicaciones. Sin embargo, recientemente se ha descrito en la literatura que un número importante de pacientes con PNA (confirmado con imágenes) presentan urocultivo negativo y orina completas sin piuria ni bacteriuria, lo que se contraponen con los conceptos clásicos de PNA. En Chile no existe literatura al respecto, por lo que se hace necesario caracterizar los cuadros de PNA en nuestra realidad local. **Objetivo:** Caracterizar

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

clínica, bioquímica y microbiológicamente a pacientes con diagnóstico radiológico de PNA. **Pacientes y métodos:** Estudio clínico observacional analítico. Se contempla obtener información clínica, bioquímica y radiológica de pacientes con diagnóstico radiológico de PNA (realizado mediante Tomografía Computada - TAC), en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, desde 2013 a 2018. Se incluyen pacientes adultos con registros completos clínicos, microbiológicos y radiológicos. Se determina la asociación entre hallazgos clínicos, alteraciones en examen de orina versus diagnóstico radiológico. Las variables discretas se expresan como porcentaje respecto al total y las variables continuas se expresan como media aritmética +/- desviación estándar. **Resultados:** Se presentan los resultados iniciales del estudio, obtenidos a la fecha (año 2018). Se han identificado 72 pacientes, donde 52 tenían registros apropiados. Edad: 51 +/- 20 años; 90% mujeres. Clínicamente los hallazgos más frecuentes fueron fiebre (31%), dolor lumbar (30%) y disuria (27%); la creatinina de ingreso fue 1,2 +/- 1,1 mg/dL y de egreso 0,8 +/- 0,3 mg/dL. La proteína C reactiva al ingreso fue 197 +/- 119 mg/L. En orina se encontraron nitritos (+) en 27% y piocitos (+) en 15,9%. Fue llamativo que solamente 59% presentó urocultivo (+); el patógeno más frecuente fue *Escherichia coli* (60%). **Discusión:** Nuestros datos preliminares sugieren que la manifestación de PNA demostrada radiologicamente, tiene diferencias en relación a la descripción clásica. Es llamativo que menos de 60% tuvieron examen de orina y urocultivo alterados. Además, las presentaciones clínicas fueron variadas, donde un escaso porcentaje de pacientes tenían la mayoría de síntomas/signos clásicos. Queda pendiente aumentar el tamaño de muestra, para continuar la caracterización de estos pacientes y determinar si efectivamente esta discordancia clínica/ microbiológica/ radiológica se mantiene.

### TC-40. CARACTERIZACIÓN DE PERFILES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL INTRADIALISIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIALISIS

Prato, Lucas<sup>1</sup>; Poniachik, Rafael<sup>1</sup>; Corvalán, Mariluna<sup>1</sup>; Toro, Luis<sup>2</sup>; Torres, Ruben<sup>3</sup>; Sanhueza, María Eugenia<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Interno de Medicina, Universidad de Chile, ACP Medical Student. <sup>2</sup>Médico Internista, Doctor en Ciencias Médicas, Hospital Clínico Universidad de Chile, FACP.

<sup>3</sup>Médico Nefrólogo, Hospital Clínico Universidad Chile.

**Introducción:** Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) que se deben someter a hemodiálisis (HD) presentan una mortalidad temprana de

causa cardiovascular. Se han demostrado que el desarrollo de cambios importantes de presión arterial (PA) en las sesiones de HD, se asocia a mayor tasa de eventos adversos, tanto en la disminución de PA como en el aumento de ésta. La hipertensión arterial intradialítica (HTAID), definida como un aumento mayor al 10% de la PA durante la sesión de HD, es una condición presentada en alrededor del 20-50% de las sesiones de HD, la cual se ha asociado a mayor mortalidad cardiovascular en estos pacientes. Las causas y factores de riesgo de HTAID no son completamente comprendidos, de esta forma se presenta así una posibilidad de intervenir y evitar efectos negativos de HTAID en este grupo de pacientes. **Objetivos:** Caracterizar la incidencia, características y factores de riesgo de HTAID, en pacientes con ERCT en HD tratados en centros de diálisis en Chile. **Materiales y métodos:** Análisis de bases de datos de pacientes adultos en hemodiálisis crónica trisemanal, tratados en 2 centros de hemodiálisis ambulatorios de Santiago, durante julio 2017. Se determinaron características demográficas, clínicas y de laboratorio. Se registraron las PA durante las 12 sesiones realizadas en el mes, incluyendo valores basales, intradialisis y postdialisis. Las variables categóricas se expresan como valor (porcentaje) y las variables continuas se expresan como media aritmética +/- desviación estándar. Se realizó análisis multivariado de potenciales predictores de HTAID mediante regresión logística. **Resultados:** Se obtuvo información de 136 pacientes. Edad: 62 +/- 14 años; sexo femenino: 55 (40%). Diabetes: 70 (51%). Uso de antihipertensivos: 107 (81%). Tiempo en HD: 4,5 +/- 3,7 años. Peso seco: 69 +/- 15 kg. Fallecidos a 1 año: 15 (11%). De un total de 1.632 sesiones de diálisis, hubo un total de 918 sesiones con al menos 1 evento de HTAID (0,56 eventos HTAID/paciente/mes). Al caracterizar este grupo, se observó que el momento de mayor desarrollo de HTAID fue al terminar la sesión de HD (postdialisis) con 318 eventos (34% del total de eventos registrados). Al evaluar potenciales predictores de HTAID, se observó que los pacientes con diabetes y mayores de 65 años tenían mayor riesgo de HTAID.

**Conclusiones:** La HTAID es una condición prevalente en pacientes que se someten a HD, el cual puede asociarse a un peor pronóstico. En nuestro trabajo, encontramos una tasa de HTAID similar a la reportada en la literatura internacional. Es relevante identificar y tratar a aquellos pacientes con mayor riesgo de desarrollo de HTAID, especialmente diabéticos y adultos mayores, a fin de disminuir la tasa de HTAID en esta población de riesgo.

### TC-48. SÍNDROMES GERIÁTRICOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO, IMPACTO EN LA MORTALIDAD HOSPITALARIA

Saavedra, Daniela R<sup>1</sup>; Valdivia, Gabriel<sup>2</sup>; Oñate, Aileen<sup>3</sup>; Navarrete, Camila<sup>4</sup>; Bettina Schmidt<sup>5</sup>; Labarca, Gonzalo<sup>6</sup>.

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

<sup>1</sup> Interna de Medicina, ACP Estudiante, Universidad San Sebastián. <sup>2</sup> Becado Medicina Interna, ACP Member, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz. <sup>3</sup> Médico Cirujano, ACP Member, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz. <sup>4</sup> Médico Cirujano, ACP Member, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz. <sup>5</sup> Interna de Medicina, ACP Estudiante, Universidad San Sebastián. <sup>6</sup> Médico Internista, ACP Fellowship, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz.

### INTRODUCCIÓN

Evaluación geriátrica integral, una herramienta para cuantificar y determinar déficits eventuales o disminuir la estadía prolongada en pacientes geriátricos hospitalizados.

### OBJETIVO

Evaluar la asociación entre los electos de la evaluación geriátrica y la mortalidad a 30 días de hospitalizado.

### MÉTODOS

Estudio prospectivo entre los años 2017 y 2019. Se incluyeron pacientes adultos mayores de 65 años o más, hospitalizados en Servicio de Medicina. Se realizaron evaluaciones de comorbilidades, motivo de hospitalización, evaluaciones geriátricas integrales (síndromes geriátricos, polifarmacia, escala de Barthel, MIS, evaluación nutricional según MNA, Mini COG), pesquisa de delirio (CAM) fragilidad (criterios de Linda Fried) y mortalidad a los 30 días de egreso. Para el análisis se analizaron dos grupos según mortalidad (sí/no), las variables continuas se evaluaron con pruebas no paramétricas y las variables cualitativas con chi-cuadrado. Los análisis fueron realizados en software SPSS versión 15.0 considerando un Valor  $p < 0.05$ .

### RESULTADOS

Se recolectaron 111 pacientes durante el periodo, promedio de edad de 79.3 años (rango entre 65 y 94 años), 52.3% de mujeres, 68.4% de pacientes frágiles, hipovitaminosis D en el 100% de la muestra y 25.2% de pacientes fallecidos.

Al evaluar asociación entre mortalidad y las variables incluidas en el análisis, se encontró asociación entre mortalidad y las escalas MIS ( $p=0.007$ ), Barthel ingreso ( $p=0.032$ ), MNA ( $p=0.028$ ), Vitamina B12  $> 1.000$  pg/dL ( $p=0.039$ ), Baja de peso significativa ( $p=0.013$ ), Sociabilidad ( $p=0.043$ ) e Incontinencia fecal ( $p=0.022$ ).

### DISCUSIÓN

La evaluación geriátrica es capaz de predecir mortalidad, en especial, aquellas variables relacionadas con parámetros nutricionales.

### TC-41. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE ADULTOS ADMITIDOS EN UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE. CHILE: 2012-2017.

Gajardo AIJ<sup>1</sup>, Jorquera C<sup>2</sup>, Brito R<sup>1</sup>, R Cornejo<sup>3</sup>

1: Becado de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile, Miembro ACP. 2: Médico Internista, Unidad de Paciente Crítico Hospital Félix Bulnes. 3: Médico Intensivista e Internista, Unidad de Paciente Crítico, Hospital Clínico U. de Chile

**Introducción:** La infección respiratoria aguda grave (IRAG) es una de las principales causas de ingreso a las unidades de paciente crítico (UPC), asociando una elevada mortalidad. Si bien el género de los pacientes impone diferencias en los desenlaces de distintas enfermedades, su rol en el paciente críticamente enfermo es aún controversial. **Objetivo:** Comparar la mortalidad intrahospitalaria entre hombres y mujeres que ingresan a UPC por IRAG en Chile (periodo 2012-2017).

**Metodología:** Estudio de cohorte retrospectiva construida con información de los siete centros centinelas para vigilancia de IRAG en Chile (periodo 2012-2017). Se definió IRAG como la presencia de fiebre, tos, dificultad respiratoria y necesidad de hospitalización. Fueron incluidos los casos de adultos que ingresaron a UPC excluyendo a embarazadas ( $n = 2207$ ). Del registro de casos se determinaron antecedentes, características basales, agente etiológico identificado y la mortalidad intrahospitalaria a 7, 30, y 90 días en ambos géneros. La comparación por género se realizó mediante prueba exacta de Fisher o U de Mann-Whitney, además de modelos de regresión logística de efectos mixtos para la mortalidad intrahospitalaria. **Resultados:** 1130 hombres (51,2%). La mediana de edad en hombres fue 66 años (RIC 53-76) y 63 años (RIC 49-76) en mujeres,  $p$ -valor = 0,017. Un 23,45% de hombres y 29,2% de mujeres tenían vacunación anti-influenza ( $p$ -valor = 0,003). Influenza A fue el virus más frecuente en ambos géneros, casos en los que el subtipo H1N1 afectó al 65,5% de hombres y 51,2% de mujeres ( $p$ -valor = 0,018). La mortalidad intrahospitalaria en hombres y mujeres a 7, 30, y 90 días fue respectivamente: 51,2% vs 48,8% ( $p$ -valor = 0,179), 19,38% vs 15,32% ( $p$ -valor = 0,013), 22,57% vs 17,55% ( $p$ -valor = 0,003). Tras ajustar por distintas condiciones (centro centinela, año de hospitalización, edad, vacunación anti-influenza, uso de antiviral y microorganismo aislado), el riesgo de muerte intrahospitalaria a 30 y 90 días fue mayor en hombres que en mujeres: O.R 1,32 (IC95%: 1,05 – 1,67) y O.R 1,39 (IC95%: 1,11-1,73) respectivamente. **Conclusiones:** Existen diferencias de género en las características clínicas y mortalidad intrahospitalaria de los adultos

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

admitidos en UPC por IRAG en nuestro país. La mayor mortalidad a 30 y 90 días observada en los hombres no se debe a diferencias en otras condiciones estudiadas. Si bien este estudio representa la mayor cantidad de pacientes críticos con IRAG reportados en Chile a la fecha, debido a la naturaleza poblacional del mismo, se requieren futuras investigaciones para determinar las causas específicas de las diferencias encontradas.

### TC-52. FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON CÁNCER RENAL

Almeida-Abarcia, Paula<sup>1</sup>; Silva-López, María Fernanda<sup>1</sup>; Ortiz-López, Nicolás<sup>2</sup>; Segura, Paula<sup>3</sup>; Toro, Luis<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Alumna de Medicina, ACP Member, Universidad de Chile. <sup>2</sup>Interno de Medicina, ACP Member, Universidad de Chile. <sup>3</sup>Anatómo-patóloga, Magíster en Salud Pública, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. <sup>4</sup>Médico Internista, Doctor en Ciencias Médicas, FACP. Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

**Introducción:** Chile experimenta un cambio demográfico y epidemiológico, lo cual afecta las tasas de mortalidad, en las que se ha presentado un aumento en la mortalidad específica por tumores malignos. Específicamente el cáncer renal, que representa un 2% de los cánceres en adulto, presentó un aumento de 1,1% en la tasa de mortalidad general en 2015.

Los escasos estudios publicados del tema se basan en características histológicas como factores predictores de mortalidad por cáncer renal, sin embargo, esto no permite implementar medidas de prevención eficaces. La situación de esta patología demuestra la necesidad de contar con medidas de prevención, por lo cual un primer acercamiento es identificar las características epidemiológicas de los pacientes con cáncer renal, para así determinar los principales factores de riesgo.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue evaluar las características demográficas, clínicas y de laboratorio, y evaluar la mortalidad a 3 años, de pacientes nefrectomizados por cáncer renal, para así determinar los factores predictivos de mortalidad asociada. **Método:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes que fueron sometidos a

nefrectomía por cáncer renal en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, entre 2013 y 2018 (n = 100). El evento primario fue la mortalidad por cualquier causa a 3 años. Se cotejó la información con la base de datos del Registro Civil y de Identificación. Análisis multivariado mediante regresión logística para identificar los factores independientes asociados a la mortalidad. **Resultados:** La muestra con un n = 100 pacientes. La edad al momento de la presentación fue de 53 ± 11 años. Un 56% de los pacientes fueron mujeres. En el análisis multivariado los

factores independientemente asociados en forma significativa a la mortalidad fueron la edad (hazard ratio [HR] 1,8; p-value 0,01) y presencia de hipertensión arterial (HR 1,3; p-value 0,03). La mortalidad por cualquier causa a 3 años fue de un 15%. Mientras que otros factores como sexo, resistencia a la insulina, dislipidemia, hipertiroidismo, cardiopatía coronaria, creatinina sérica y velocidad de filtración glomerular estimada no mostraron asociación. **Discusión:** Diversos estudios han mostrado que factores como una mayor edad y el sexo masculino, entre otras, podrían jugar un rol en el pronóstico de los pacientes. En Chile la evidencia encontrada es casi nula, por lo que en este estudio se analizaron tanto factores descritos en la literatura, aterrizándolos a la realidad local, como factores nuevos. Se encontró que la edad y la presencia de hipertensión arterial sí están asociados a mortalidad, sin

embargo, esto es solo una aproximación inicial y se deben realizar más estudios para determinar de mejor manera la implicancia de éstos.

### TC-37. BAJO RENDIMIENTO DEL QSOFA EN LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES GRAVEMENTE ENFERMOS ASISTIDOS POR NEUMONÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIA DE CHILE

Gajardo AIJ<sup>1</sup>, Jorquera C<sup>2</sup>, Ulises G<sup>3</sup>, Cortés C<sup>3</sup>, R Cornejo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>: Becado de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile, Miembro ACP. <sup>2</sup>: Médico Internista, Unidad de Paciente Crítico Hospital Félix Bulnes. <sup>3</sup>: Médico Urgenciólogo, Servicio de Urgencia, Hospital Clínico Universidad de Chile <sup>4</sup>: Médico Intensivista e Internista, Unidad de Paciente Crítico, Hospital Clínico U. de Chile

**Introducción:** El último Consenso Internacional sobre definiciones para Sepsis y Shock Séptico (Sepsis-3), define sepsis como una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped ante la infección. Sugiere, para la identificación de estos pacientes con sepsis, el uso del score SOFA y el qSOFA. Si bien la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva no adhiere a esta definición, pues en los países en vías de desarrollo el problema sigue siendo la baja sensibilidad para la detección de los enfermos sépticos y no la especificidad en el diagnóstico, a la fecha no existen estudios en Chile que evalúen la utilidad clínica del qSOFA en los pacientes con sospecha de infección.

**Objetivo:** Evaluar en pacientes chilenos atendidos con sospecha de neumonía en un servicio de urgencia (SU) la utilidad del qSOFA en la identificación de pacientes gravemente enfermos **Métodos:** Para la obtención de la información se consultó el registro electrónico del

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH) mediante un software propio con objeto de resguardar la confidencialidad. Se incluyeron 3463 pacientes con sospecha clínica de neumonía atendidos en el servicio de urgencia del HCUCH entre los años 2013 y 2016. El qSOFA se consideró positivo al objetivar dos o más de los siguientes criterios: hipotensión sistólica (presión arterial sistólica <100mmHg), taquipnea (frecuencia respiratoria  $\geq 22$ /min), compromiso de conciencia (escala de Glasgow  $\leq 13$ ). Se consideraron pacientes gravemente enfermos aquellos que se hospitalizaron y los que ingresaron más graves (“triage” I ó II). La utilidad del qSOFA en la identificación de pacientes gravemente enfermos se realizó mediante modelos de regresión logística.

**Resultados:** La edad promedio fue  $59,01 \pm 21,86$  años, siendo el 53,1% mujeres. El 39,57% de los pacientes ingresó grave y 47,47% requirió hospitalización. El qSOFA promedio fue de  $0,47 \pm 0,63$  puntos, observándose un 6,67% de pacientes con qSOFA  $\geq 2$ . El qSOFA mostró un AUC de 0,54, sensibilidad de 11,04% y especificidad de 97,18% en la predicción de hospitalización, mientras que el AUC del qSOFA en la predicción de gravedad al ingreso fue de 0,55 con una sensibilidad de 12,76% y especificidad de 97,19%. **Conclusión:** En nuestra muestra el qSOFA mostró un pobre rendimiento en la identificación de pacientes gravemente enfermos, en particular por su mal poder de discriminación y muy baja sensibilidad. Lo anterior abre la necesidad de más estudios que validen el qSOFA como una herramienta útil para el manejo de pacientes sépticos de países en vías de desarrollo.

### TC-47. RELACIÓN ENTRE RIESGO DE APNEA OBSTRUCTIVA DE SUEÑO Y PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN, DIABETES Y DISLIPIDEMIA

Campos, Josué<sup>1</sup>; Thibaut Katherina<sup>2</sup>; Labarca, Gonzalo<sup>3</sup>  
<sup>1</sup> becado de Medicina Interna, ACP Member, Universidad de Concepción <sup>2</sup> Alumna de Medicina, Universidad San Sebastián  
<sup>3</sup> médico Internista, ACP Fellow, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz

**Introducción:** El Síndrome Apnea obstructiva de sueño (SAOS) se asocia a riesgo cardiovascular aumentado, así como hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y dislipidemia (DLP). Sin embargo, existe subdiagnóstico debido a la dificultad de estudio. El cuestionario STOP-BANG es una herramienta sin costo diseñada como tamizaje de población en riesgo de (SAOS), por lo que permite estimar la prevalencia y repercusiones de SAOS.

**Objetivo:** Establecer la prevalencia y relación entre riesgo de SAOS y enfermedades metabólicas en población

hospitalizada.

**Método:** Estudio prospectivo entre 2017 y 2018, se incluyeron pacientes hospitalizados en servicio de medicina interna mayores >18 años. Se realizó cuestionario STOP-BANG y se analizó la asociación con enfermedades metabólicas DM2, HTA, DLP. Para el análisis se establecieron 2 desenlaces: 1. Determinar el Riesgo de SAOS global (puntaje STOP-BANG  $\geq 3$  puntos) y el riesgo de SAOS moderado/severo (puntaje STOP-BANG  $\geq 5$  puntos); 2. Determinar el riesgo mediante Odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) de HTA, DM2 y DLP en población en riesgo de SAOS global y de SAOS moderado/severo.

**Resultado:** Se incluyeron 445 pacientes. 185/455 (41, 57%) presentó STOP-BANG  $\geq 3$  y 85/455 (19, 55%) STOP-BANG  $\geq 5$ . 283/445 presentó HTA (63,59%), 171 presentó DM2 (38,42%) y 244 presentó DLP (54,83%). STOP-BANG  $\geq 3$  puntos se asociaron con un riesgo aumentado de: HTA: OR 7.46 (IC: 4,45–12,50) (valor-p <0.001), DM2: OR 3,47 (IC: 1,97–6,12), (valor-p <0.001) y DLP OR 2,42 (IC: 1,51–3,87), (valor-p <0.001). STOP-BANG  $\geq 5$  se asoció: HTA: OR 5.39 (IC: 3.39–8,59), DM2: OR 2,28 (IC 1,54–3,38) y DLP: OR 1,36 (IC: 0.93–1,99).

**Discusión:** Existe una alta prevalencia de riesgo de SAOS y una estrecha asociación con HTA, DM2 y DLP, lo que sugiere buscar activamente SAOS en población con otras enfermedades metabólicas dado el aumento en el riesgo cardiovascular de esta población.

### TC-49. SON CT-90 Y SATO2 MÍNIMA CAPACES DE IDENTIFICAR UN FENOTIPO DISTINTO EN SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Campos, Josué<sup>1</sup>; Labarca, Gonzalo<sup>2</sup>; Thibaut, Katherina<sup>3</sup>; Dreyse, Jorge<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup> becado de Medicina Interna, ACP Member, Universidad de Concepción <sup>2</sup> Médico Internista, ACP Fellow, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz <sup>3</sup> Alumna de Medicina, Universidad San Sebastián <sup>4</sup> Médico Internista, Clínica Las Condes <sup>5</sup> Médico Broncopulmonar, Centro de Enfermedades Respiratorias

**Introducción:** El diagnóstico actual de Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) incluye el reporte del índice de apnea-hipopnea (IAH), pero algunos pacientes con similar IAH reportan más comorbilidades y riesgo aumentado de enfermedad cardiovascular secundaria a hipoxia nocturna.

**Objetivo:** Explorar la asociación potencial entre marcadores de hipoxia nocturna como el tiempo total de sueño bajo SatO<sub>2</sub> <90% (CT-90) y SatO<sub>2</sub> mínima (min

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

SatO<sub>2</sub>) con riesgo de comorbilidades cardiovasculares como Hipertensión arterial (HTA), Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y mortalidad a 5 años del diagnóstico de SAOS moderado/severo.

**Método:** Estudio de cohorte retrospectivo entre 2009 y 2014, se incluyeron pacientes con diagnóstico de SAOS moderado/severo sin otra patología respiratoria concomitante. Se incluyeron datos sobre demografía, presencia de comorbilidades y estudio de sueño. Además, se evaluó la mortalidad posterior a 5 años desde el diagnóstico mediante consulta de defunciones en el registro civil.

Para el análisis, se crearon dos grupos de estudio estratificados. Grupo 1: SatO<sub>2</sub> mínima <75% (si/no) y Grupo 2: CT-90 >20% (si/no). Se realizaron pruebas de chi-cuadrado para variables categóricas y t-student para variables continuas, se calculó el odds ratio (OR) con intervalo de confianza (IC) para cada asociación, definiendo un valor p < 0.05 como significativo. Los análisis fueron realizados en el software SPSS versión 15.0

**Resultados:** Un total de 365 pacientes fueron incluidos. 163/365 (44.65%) participantes presentaron SatO<sub>2</sub> <75% mínima y 127/365 (34.79%) reportaron CT-90 >20%. CT-90 >20% fue asociado con riesgo aumentado de hipertensión OR 2.95 (CI, 1.87-4.76) valor-p = <0.0001 en pacientes con SAOS moderado/severo. También encontramos un riesgo elevado de diabetes mellitus tipo 2 OR 2.14 (IC 1.35-3.38), valor-p = 0.0001 y mortalidad 2.70 (IC 1.37-5.22) valor-p = 0.0048.

**Discusión:** Nuestros hallazgos sugieren una fuerte asociación entre CT-90 >20% y SatO<sub>2</sub> min <75% con una severidad aumentada de SAOS, estos parámetros también están asociados con un riesgo elevado de comorbilidades tales como hipertensión, DM2 y mortalidad a 5 años, especialmente cuando CT-90% >20% fue utilizado como parámetro. Un mayor análisis es necesario para encontrar un fenotipo distinto de SAOS.

### TC-38. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES PORTADORES DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PROVINCIA DEL SUR DE CHILE

Soto, Sebastian<sup>1</sup>; Horta, Gloria<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Becado de Medicina Interna, ACP Member, Universidad de Concepción <sup>2</sup> Gastroenteróloga, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles

**Introducción:** Existen algunas publicaciones que describen la epidemiología en la región Metropolitana, pero se desconocen datos en otras regiones del país.

**Objetivos:** Determinar las características clínicas, epidemiológicas y de laboratorio de pacientes con

enfermedad inflamatoria intestinal (EII) a partir de un reporte local.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, iniciado en Marzo 2017, en base a un registro de pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de EII por clínica, laboratorio, colonoscopia e histología. Se incluyeron variables demográficas, clínicas y propias de la patología, como son los tratamientos efectuados, la extensión según la Clasificación de Montreal, el grado de actividad por scores Truelove-Witts modificado para Colitis Ulcerosa (CU) y CDAI para enfermedad de Crohn (EC).

**Resultados:** Se incluyó un total de 44 pacientes con EII, 32 (73%) con CU y 12 (27%) con EC, 31 (70%) fueron mujeres. La relación CU/EC fue de 2,7/1. Mediana de edad al diagnóstico de 33 años. Compromiso más prevalente fue ileocolónico 67% en EC y Pancolitis 54% en CU. En EC hubo un alto requerimiento de terapia inmunosupresora, 4 pacientes con terapia biológica (infliximab) y 4 pacientes con necesidad de Cirugía. La correlación entre calprotectina fecal y la apreciación clínica de actividad fue significativa (p = 0,005).

**Discusión:** Resultados fueron semejantes a datos chilenos previos, pero con un porcentaje aún mayor de mujeres. No hubo concordancia entre Calprotectina fecal y scores de actividad, pero si significativa bajo la apreciación clínica.

### TC-35. ASOCIACIÓN ENTRE EL EFECTO DE LA PREVISIÓN Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN LA MORTALIDAD DE LAS CIRUGÍAS POR INFARTO MIOCARDIO, CHILE 2001 A 2017

Gómez, Gustavo (<sup>1</sup>); Moreno, David (<sup>1</sup>); Muchlandani, Vishal (<sup>1</sup>); Gajardo, Abraham (<sup>2</sup>).

1: Estudiantes Medicina Facultad Medicina UFT, (2) Médico internista Hospital Clínico JJAguirre.

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en Chile, con una tasa de mortalidad de 78,3/100.000 habitantes. Esta patología GES presenta mayor mortalidad en el sistema público dado el efecto del nivel socioeconómico sobre la mortalidad global y letalidad intrahospitalaria. A la fecha no se ha estudiado este efecto en las cirugías cardiovasculares.

**Objetivo:** Comparar letalidad global y específica según edad, sexo y previsión en las intervenciones quirúrgicas por IAM en Chile entre 2001 y 2017.

**Materiales y Métodos:** Estudio casos y controles, observacional retrospectivo de 54836 egresos hospitalarios para los años 2001-2017, excluyendo aquellos sin información previsual. Se realizó un análisis univariado utilizando el software XLstat, sobre la edad, sexo y previsión, agrupándose en sector público y privado. Se establecieron diferencias estadísticamente

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

significativas ( $p < 0,001$ ) con la prueba exacta de Fisher.

**Resultados:** Para 2001 se observó 50,71% mujeres y 49,29% hombres. El RR asociado a fallecer por cirugía es 1,01 (IC=0,9937-1,025) no significativo. Al comparar condición de egreso con previsión, el sector público presenta una mortalidad de 2,66% v/s 1,36% del privado, significativo (OR FONASA 10,54 v/s OR ISAPRE 4,146  $P < 0,001$ ).

**Discusión:** La mortalidad por IAM aumenta con la edad y sexo masculino. Éste estudio observó que existen diferencias estadísticamente significativas en la condición de egreso entre el sistema público y privado en relación a mortalidad, asociable a la disponibilidad de recursos y oportunidad de tratamiento, con una reducción ostensible desde el año 2005 al 2017.

### TC-50. UTILIDAD DE LA ULTRASONOGRAFÍA EN EL DERRAME PLEURAL.

Gower, Jorge<sup>1</sup>; González, Eladio<sup>2</sup>, Kraunik, David<sup>2</sup>. Labarca, Gonzalo<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Bioquímica Clínica e Inmunología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. <sup>2</sup>Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. <sup>3</sup>Médico Internista, Fellow ACP, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile.

**Introducción:** El derrame pleural (DP) es una patología frecuente siendo causa de ingreso hospitalario con diagnósticos diferenciales y enfrentamientos terapéuticos dependiendo de tratarse de un DP exudativo o transudativo de acuerdo con las características del líquido. La toracocentesis está indicada en DP con fines diagnósticos como evacuadores.

**Objetivos:** Evaluar la utilidad de la toracocentesis guiada bajo ultrasonografía como predictor etiológico en pacientes con derrame pleural.

**Metodología:** Estudio observacional de cohorte, prospectivo, desde enero de 2017 a la fecha. Se realizó la toracocentesis bajo ultrasonografía visualización con transductor vascular en frecuencias de 5-10 mHz a pacientes con diagnóstico de DP. Se tomaron muestras consecutivas y mediciones de distintos parámetros ultrasonográficos. Se determinaron variables demográficas, ultrasonográficas y de laboratorio en sangre y pleura. Las diferencias de características ultrasonográficas realizadas por internista comparada con broncopulmonar mediante Kappa test y las características mediante test no paramétricos. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS Statistics.

**Resultados:** Se recolectó un total de 52 muestras de líquido pleural. La concordancia entre los evaluadores fue moderada ( $k = 0,45$ , IC: 0,16 – 0,74). El promedio de tamaño en modo bidimensional es de  $17,74 \pm 3,75$  cm en transudados y de  $12,54 \pm 5,04$  cm en exudados (valor- $p = 0,39$ ). Se encontró una diferencia estadística entre la amplitud del DP transudado: 9,3 vs exudado 14,70 cm (valor- $p = 0,04$ ).

**Discusión:** El uso de ultrasonografía puede predecir la etiología del líquido pleural en pacientes con DP, su uso debe ser considerado en pacientes con DP de origen incierto.

### TC-44. NIVELES URINARIOS DE LA PROTEÍNA NGAL COMO BIOMARCADOR TEMPRANO DE INJURIA RENAL AGUDA.

Gower, Jorge<sup>1</sup>; Enos, Daniel<sup>2</sup>; Espejo, Eric<sup>3</sup>; Caicedo, Martha<sup>4</sup>; Campos, Josué<sup>4</sup>; Tobar, Iván<sup>4</sup>; Sáez, Katia<sup>5</sup>; Labarca, Gonzalo<sup>2</sup>; Lamperti, Liliana<sup>1</sup>; Sánchez, Andrea<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Bioquímica Clínica e Inmunología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. <sup>2</sup>Médico Internista, ACP Member, Centro de Costo Indiferenciado Médico, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile. <sup>3</sup>Centro de Costo Laboratorio Clínico, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile. <sup>4</sup>Centro de Costo Unidad de Emergencia, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile. <sup>5</sup>Departamento de Estadística, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

**Introducción:** La injuria renal aguda (IRA) es una patología de progresión rápida, cuya incidencia es 1–7% respecto a todos los hospitalizados, siendo un problema frecuente y potencialmente devastador en clínica. El diagnóstico se basa en la creatinemia y flujo urinario, siendo marcadores tardíos por indicar pérdida de la función renal. Diversos estudios sugieren que la proteína lipocalina asociada a la gelatinasa de los neutrófilos (NGAL) podría ser un marcador precoz de IRA.

**Objetivo:** Determinar los niveles de NGAL urinarios en adultos que ingresen a urgencias, con sospecha o progreso de IRA.

**Metodología:** Estudio observacional de cohorte, prospectivo y ciego de junio a noviembre de 2017. Se compararon los niveles urinarios de NGAL con la creatinemia y flujo urinario, considerados patrones de

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

referencia. Se establecieron variables demográficas y se analizaron los valores de NGALu en pacientes IRA y NO-IRA mediante prueba no paramétrica; además, se construyó curva ROC para determinar el rendimiento diagnóstico de NGALu.

**Resultados:** Se incluyeron 41 pacientes, 9 presentaron IRA (22%). El valor medio de NGALu a 12 horas de su admisión, fue 321.0 pg/mL en pacientes IRA versus 54.5 pg/mL en NO-IRA ( $p = 0.0918$ ). No se encontró correlación entre NGALu y la creatinemia; pero, una tendente correlación negativa entre NGALu y flujo urinario ( $p = 0.0619$ ). El área bajo la curva (AUC) para NGALu fue de 0.686 (IC-95%: 0.485 – 0.887).

**Discusión:** Se observó, una tendencia que indicaría que NGALu es un biomarcador temprano de IRA en al menos 12 horas respecto al patrón de referencia.

**TC-46. RELACIÓN DE ALTOS NIVELES DE VITAMINA B12 Y MORTALIDAD POR CUALQUIER CAUSA EN POBLACIÓN  $\geq 65$  AÑOS**  
Valdivia Tapia, Gabriel<sup>1</sup>; Balboa Navarrete, Camila<sup>2</sup>; Contreras Oñate, Aileen<sup>2</sup>; Fuentes Ubilla, Ricardo<sup>3</sup>; Labarca, Gonzalo<sup>4</sup>.

1: Becado Medicina Interna, Universidad de Concepción, Sede los Angeles, ACP member. 2: Médico Cirujano, Universidad San Sebastián. 3: Interno Medicina, Universidad San Sebastián. 4: Universidad de Concepcion, ACP Fellow, Complejo Asistencial Dr. Victor Rios Ruiz, Los Angeles

**INTRODUCCIÓN:** La suplementación de vitamina B12 en adultos mayores es una práctica común en la atención primaria. No hay suficiente conocimiento actual sobre los efectos del exceso de cobalamina. Éste estudio apunta a evaluar la relación entre mortalidad y niveles elevados de vitamina B12 en la población  $\geq 65$  años.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional prospectivo realizado en servicio de medicina interna entre septiembre de 2017 y septiembre de 2018. Se incluyó a todo paciente de  $\geq 65$  años ingresado al servicio y que era capaz de dar su consentimiento y responder a un cuestionario. Se aplicó un cuestionario que abarcaba edad, género, antecedentes médicos y diagnóstico de ingreso. Se consideraron exámenes de sangre obtenidos durante las primeras 48Hrs desde el ingreso. Los pacientes muertos fueron corroborados en el registro civil.

**RESULTADOS:** Fueron considerados 93 pacientes. Los niveles de vitamina B12 fueron superiores en el grupo de pacientes fallecidos (1080.07pg/mL vs 656.68pg/mL) ( $p=0.022$ ). Otras relaciones significativas al análisis univariado: Calcio ( $p=0.022$ ), Sodio ( $p=0.045$ ) y daño hepático crónico ( $p=0.045$ ). Al multivariado, sólo vitamina B12 mantuvo la tendencia ( $p=0.009$ ).

**DISCUSIÓN:** Existe significancia estadística entre altos niveles de vitamina B12 y mortalidad por cualquier causa en pacientes  $\geq 65$  años.

### SECCION CASOS CLINICOS CATEGORIA ALUMNO Y BECADO ACP

#### CC-23. CASE REPORT: SÍNDROME KLIPPEL-TRÉNAUNAY-WEBER

Weisser, Slavica<sup>1</sup>; Araya, Luna<sup>1</sup>; Fenzo, Raffaella<sup>1</sup>; Del Buono, Valentina<sup>1</sup>; Queirolo, Alejandra<sup>3</sup>

1: Interno Medicina, ACP Member, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae. 2: Médico general, Becada Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile, Universidad de Chile

#### Introducción:

El síndrome Klippel-Trénaunay-Weber (KTW) es un trastorno congénito infrecuente, sin patrón hereditario definido, asociado a mutaciones en el gen PIK3CA. Se caracteriza por una tríada clásica: malformación capilar cutánea, malformación venosa e hipertrofia del tejido blando y/u óseo en extremidades, con o sin malformación linfática y/o fístulas arteriovenosas. La morbilidad está relacionada con las anomalías vasculares, que pueden dar como resultado diversas complicaciones. Reportamos el caso de un paciente joven en el que se diagnostica debido a un tromboembolismo pulmonar (TEP).

#### Caso clínico

Paciente masculino de 30 años, sin antecedentes conocidos, consulta por disnea, dolor torácico y tos sin expectoración de 3 horas de evolución. Al examen físico Glasgow 15, taquicárdico, polipneico, normotenso, con ingurgitación yugular. Destaca hipertrofia global de extremidad inferior izquierda asociada a múltiples venas varicosas que refiere poseer desde el nacimiento. Se realiza Angio TAC en el cual se pesquisa TEP manejándose como tal. Se decide estudio de extremidad con ecografía doppler donde se identifican anomalías vasculares y la presencia de fístulas arteriovenosas. Realizándose el diagnóstico de KTW.

#### Discusión y conclusiones:

El KTW es una entidad poco frecuente, lo que puede conducir a un retraso en el diagnóstico, o la no detección de posibles complicaciones asociadas. El diagnóstico es esencialmente clínico con apoyo de imágenes. Diversas complicaciones han sido asociadas a este síndrome, dentro de ellas se encuentra la coagulopatía y el estado protrombótico, reportándose cifras de 39% de complicaciones tromboembólicas. En estos casos, se sugiere mantener terapia anticoagulante de por vida y en caso de fracaso la indicación es la instalación de filtro de vena cava inferior.



## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

König, María T<sup>2</sup>

### CC-29. TUBERCULOSIS PERITONEAL EN INMUNOCOMPETENTES: REPORTE DE UN CASO

Sepúlveda, Paola<sup>1</sup>; Román, Fernando<sup>1</sup>, Idalsoaga, Francisco<sup>1</sup>; Peralta, Juan F<sup>2</sup>; Vidal, Cristina<sup>2</sup>; Soto, Roberto<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile. <sup>2</sup> Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

#### Introducción

La tuberculosis (TBC) peritoneal es una manifestación extrapulmonar poco frecuente, desarrollada principalmente en pacientes inmunocomprometidos. Una de sus formas de presentación más frecuente es ascitis de causa incierta, donde es necesario un alto índice de sospecha para llegar al diagnóstico. Se debe considerar la toma de biopsia para confirmación diagnóstica e iniciar tratamiento. Se presenta un caso de paciente inmunocompetente con diagnóstico de tuberculosis peritoneal.

#### Caso clínico

Hombre de 55 años, de origen peruano, consulta por baja de peso significativa, sudoración nocturna y compromiso del estado general. Imágenes evidencian engrosamiento peritoneal, derrame pleural derecho, ascitis y adenopatías mediastínicas cavitadas sugerentes de tuberculosis. El estudio de líquido ascítico y pleural muestra exudado mononuclear, sugerentes de TBC con PCR Mycobacterium Tuberculosis negativo. Se realiza biopsia peritoneal que evidencia tejido sospechoso de TBC peritoneal por lo que se inicia terapia antituberculosa, con posterior confirmación diagnóstica por cultivos.

#### Discusión

Si bien la tuberculosis abdominal comprende el 5% de los casos de TBC a nivel mundial, se debe mantener una alta sospecha clínica, especialmente con factores de riesgo y epidemiológicos relevantes. El diagnóstico se confirma aislando el agente infeccioso en líquido peritoneal o en tejido obtenido por biopsia, a través de cultivos o amplificación por PCR, con una sensibilidad que varía entre el 27 al 85% en muestras extrapulmonares, lo que obliga a buscar otro método como laparoscopia diagnóstica. Con confirmación diagnóstica, es importante iniciar tratamiento de forma precoz, ya que incide en la mortalidad, la cual en distintas series asciende hasta un 50%.

### CC-16. POLICONDRITIS RECIDIVANTE: UNA RARA ENFERMEDAD CON ALTO IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA. REPORTE DE UN CASO

Herrera, María V<sup>1\*</sup>; Corvalán, Francisco J<sup>1</sup>; De la Vega, María I<sup>1</sup>; Iturrieta, Matías I<sup>1</sup>; Nobizelli, Giordanno E<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Interno de Medicina, ACP Student, Universidad de los Andes.

<sup>2</sup>Becado de Medicina Interna, ACP Resident/Fellow member, Universidad de los Andes.

Policondritis Recidivante (PR) es una patología sistémica autoinmune caracterizada por inflamación de estructuras cartilaginosas, principalmente el cartilago auricular, nasal, articular y tracto respiratorio. El 30% se asocia a otras enfermedades. Tiene incidencia anual de 0,71 por cada 1.000.000 personas, sin reportes epidemiológicos en Chile. Requiere alto índice de sospecha, pues, si bien la mayoría de los casos debuta con manifestaciones características e inocuas, en algunos puede presentarse con síntomas inespecíficos, hasta debutar con complicaciones potencialmente letales. A continuación, presentamos un caso de PR de presentación atípica, atendido posteriormente en nuestro centro.

Paciente femenino de 48 años, presenta disfonía de 2 meses de evolución, recibiendo tratamiento sintomático en atenciones médicas intercurrentes. Se agrega disnea y compromiso de conciencia, por lo que es ingresada e intubada; a la laringoscopia destaca engrosamiento de cuerdas vocales. Se realiza tomografía de cuello donde se evidencia estenosis traqueal severa, sospechándose PR, confirmada posteriormente por biopsia. Tras 6 años desde su diagnóstico, ingresa a nuestro centro por insuficiencia respiratoria aguda. Se encuentra traqueostomizada, lo cual dificulta la emisión de la voz, con alteraciones visuales severas bilaterales, secundarias a uveítis, con deformación nasal evidente, cursando síndrome de Cushing secundario a tratamiento.

Destaca en este caso el gran impacto en la calidad de vida que genera esta enfermedad, limitando severamente la autonomía. Su tratamiento es costoso y no cubierto por la Salud Pública. Cabe considerar que se presenta en población activa, entre los 40 y 60 años, llevando a dependencia en corto plazo, si no es pesquisada a tiempo.

### CC-21. SÍNDROME DE SWEET RECURRENTE: REPORTE DE UN CASO

De Amesti, Fernanda<sup>1</sup>; Acosta, María I<sup>1</sup>; Castillo, María V<sup>1</sup>; Castro María C<sup>1</sup>; Prato, Lucas<sup>2</sup>; Fuentes, Carmen<sup>3</sup>

(1) Interno de Medicina, ACP Member, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. (2) Interno de Medicina, ACP Member, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile. (3) Dermatóloga, Clínica Reñaca, Viña del Mar, Chile.

El Síndrome de Sweet es el prototipo de las Dermatitis Neutrofilicas, definidas como un grupo de enfermedades

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

que presentan un infiltrado inflamatorio compuesto por neutrófilos, sin un agente infeccioso identificable ni vasculitis, frecuentemente asociada a enfermedades sistémicas. Presentamos un caso de años de evolución de presentación recurrente, sin asociación a malignidad.

Paciente femenino de 41 años, con antecedentes de hipotiroidismo y resistencia insulínica manejada con Eutirox y Metformina, consulta por la presencia de placa de 2 cm de diámetro en dorso de antebrazo derecho, eritematosa, solevantada, sensible, no pruriginosa, de 10 días de evolución. Describe recurrencia de lesión 1 a 2 veces al año desde hace 10 años, sin predominio estacional, asociado esporádicamente a compromiso del estado general. Destaca resolución completa con corticoides tópicos en 1 o 2 semanas, sin dejar cicatriz. En exámenes de laboratorio destaca una leve elevación de la proteína C reactiva. Se practica biopsia que informa dermis con extenso infiltrado intersticial y perivascular, superficial y profundo, compuesto por linfocitos, mastocitos y abundantes neutrófilos, sin granulomas ni vasculitis, concordante con Dermatitis Neutrofílica Difusa.

Existen 3 categorías: Presentación clásica (etiología infecciosa, autoinmune o asociada a embarazo), paraneoplásica y secundaria a medicamentos. El caso expuesto representa la presentación clásica, con compromiso exclusivamente cutáneo. La recurrencia descrita, a pesar de reportarse en 30% de los casos clásicos, podría indicar fenómenos paraneoplásicos o autoinmunes. Usualmente se indica terapia inmunosupresora logrando buena respuesta, pero sin haberse descartado procesos malignos o sistémicos subyacentes, reforzando la necesidad de un estudio acucioso por Medicina Interna.

### CC-2. CASE REPORT: ADENOCARCINOMA DE CRECIMIENTO LEPÍDICO DE PULMÓN

Weisser, Slavica<sup>1</sup>; Fenzo, Raffaella<sup>1</sup>; Araya, Luna<sup>1</sup>; Siede, Arturo<sup>1</sup>; Montané, María Ignacia<sup>2</sup>

1: Interno Medicina, ACP Member, Universidad Finis Terrae. 2: Médico general, Becada Medicina Interna, Universidad de los Andes

**Introducción:** El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en el mundo, el adenocarcinoma es el principal tipo histológico. Dentro de este grupo existen los adenocarcinomas (ADC) de crecimiento lepidico, este concepto consiste en la proliferación de células neoplásicas que revisten las paredes alveolares preservando la arquitectura pulmonar. Presentamos el caso de un paciente en el que se confirma el diagnóstico de ADC de crecimiento lepidico por biopsia y proponemos consideraciones sobre su diagnóstico diferencial.

**Caso Clínico:** Paciente masculino de 81 años, hipertenso,

diabético, cardiópata coronario y fumador (IPA 50) suspendido hace 20 años presenta historia de 20 días de evolución de disnea progresiva asociada a tos nocturna con expectoración blanquecina y baja de peso de 7kg 3 meses. El laboratorio destacaba eosinofilia leve y posee un TAC de tórax que muestra imágenes compatibles con EPD, compromiso periférico y zonas condensadas con bronquiectasias.

**Discusión y Conclusiones:** El ADC de crecimiento lepidico se presentan en un rango etario de 26 a 96 años y la correlación radiológica suele ser opacidades en vidrio esmerilado, nódulos sub sólidos, consolidaciones localizadas o difusas. Frente a esta historia clínica asociada a los hallazgos de laboratorio e imagenológicos sospechamos de un cáncer de pulmón pero propusimos descartar cualquier diagnóstico con mejor pronóstico que cursara un cuadro similar, en este caso propusimos neumonía eosinofílica y neumonía organizada criptogénica. Finalmente se realiza una biopsia quirúrgica que permite dilucidar que se trata de un adenocarcinoma lepidico etapa IV por lo que se inicia manejo paliativo.

### CC-28. SÍFILIS MALIGNA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE UN INUSUAL CASO

Idalsoaga, Francisco<sup>1</sup>; Araos, Esteban<sup>1,2</sup>; Peralta, Juan F<sup>3</sup>; Massardo, José M<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile. <sup>2</sup> Servicio de Medicina, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. <sup>3</sup> Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

#### INTRODUCCIÓN

La sífilis maligna es una manifestación grave e infrecuente de lúes secundaria, principalmente en pacientes VIH. Se caracteriza por manifestaciones inespecíficas y lesiones cutáneas diseminadas papulosas, nodulares y ulcerativas con costras. Se presenta caso de paciente inmunocompetente con diagnóstico de sífilis maligna.

#### CASO

Hombre de 29 años, con antecedente de alergia a penicilina, múltiples parejas en últimos 2 años y contacto sexual de riesgo hace 3 semanas. Consulta por cuadro de 2 semanas de múltiples lesiones nodulares, ulcerativas, con costras en extremidades superiores e inferiores, compromiso del estado general y aumento de volumen cervical derecho. Al examen físico presenta lesiones pápulo-nodulares, ulcerativas en manos, pies antebrazos y aumento de volumen cervical derecho, eritematoso, doloroso. Al laboratorio destaca leucocitosis de predominio neutrofílico, PCR 57.3 mg/L, VDRL en sangre (+) 1/64 y ELISA VIH negativo. Recibe terapia con doxiciclina para completar 15 días y evoluciona satisfactoriamente.

#### DISCUSIÓN

La sífilis maligna es una manifestación inhabitual de lúes

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

secundaria, con reporte de 14 casos entre 1900 – 1988 previo al VIH y 15 casos en los últimos 20 años, principalmente en pacientes VIH. Es inusual en pacientes inmunocompetentes. Se ha asociado a malnutrición, abuso de drogas y patologías graves. Se ha propuesto la existencia de variantes de *Treponema* de mayor virulencia para su patogenia. Por lo tanto, debe incluirse en el diagnóstico diferencial tanto en pacientes con factores de riesgo para ETS como pacientes VIH negativo.

A pesar de la gravedad, tiene buen pronóstico con tratamiento adecuado y precoz.

### CC-10. EXANTEMA INTERTRIGINOSO Y FLEXURAL SIMÉTRICO POR FÁRMACOS (SDRIFE). UN CASO DE SÍNDROME DE BABOON SECUNDARIO A CIPROFLOXACINO.

Herrera, María V<sup>1\*</sup>; Fuchs, Isidora<sup>2</sup>; Solorza, Francisco<sup>2</sup>; Mellado, Fernando M<sup>3</sup>; Von Mühlenbrock, Christian<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Interno de Medicina, ACP Student, Universidad de los Andes. <sup>2</sup>Alumno de Medicina, Universidad de los Andes. <sup>3</sup>Becado de Medicina Interna, ACP Resident/Fellow member, Universidad de los Andes. <sup>4</sup>Médico Internista, FACP, Universidad de los Andes, Clínica Dávila.

El Exantema Intertriginoso y Flexural Simétrico por Fármacos (SDRIFE) o Síndrome de Baboon, por su sintomatología característica, es una infrecuente reacción de hipersensibilidad tipo IV secundaria a fármacos. Se caracteriza por exantema maculopapular de bordes definidos en zona inguinal y perianal, asemejando a la coloración rojiza de los monos babuinos en dicha zona, que además compromete áreas intertriginosas o flexuras de manera simétrica. A continuación, se presenta un caso ocurrido en nuestro centro en Septiembre de 2018.

Paciente masculino de 55 años, sano. Presenta cuadro de inicio brusco caracterizado por eritema inguinoescrotal y perianal, no doloroso a la palpación. Diagnosticado inicialmente como celulitis, ingresando para tratamiento con Clindamicina y Cefazolina. Evoluciona sin regresión de las lesiones, agregándose eritema en fosas antecubitales y párpados, por lo que, tras evaluación de Medicina Interna, se realiza interconsulta a Inmunología y Dermatología por presentación atípica de cuadro inicialmente diagnosticado. Reinterrogando se agrega el antecedente de automedicación con Ciprofloxacino previo al inicio del cuadro, planteándose junto a la clínica descrita el diagnóstico de SDRIFE. Se suspenden antibióticos y se inicia corticoterapia sistémica, tópica y antialérgicos, evidenciándose disminución franca de las lesiones y recuperación de la sintomatología.

El caso descrito nos llama a tener en cuenta el abordaje multidisciplinario de los pacientes con cuadros de presentación atípica, de manera de tener distintos puntos de vista de cara a un diagnóstico definitivo. Además, nos

invita nuevamente a educar a la población respecto a la automedicación y uso racional de antibióticos y fármacos en general.

### CC-14. PARAPARESIA ESPÁSTICA ASOCIADA A INSUFICIENCIA SUPRARRENAL AGUDA. REPORTE DE ADRENOLEUCODISTROFIA.

Mellado, Fernando M<sup>1\*\*</sup>; Herrera, María V<sup>2</sup>; Galindo, Carolina<sup>3</sup>; Solís, Iván<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Becado Medicina Interna, ACP Resident/Fellow Member, Universidad de los Andes <sup>2</sup>Interno de Medicina, ACP Student, Universidad de los Andes. <sup>3</sup>Médico Internista Infectólogo, Universidad de Chile, Santiago. <sup>4</sup>Médico Internista Endocrinólogo, Fellow ACP Member, Clínica Dávila, Santiago.

Adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X (ALD-X) es una rara enfermedad con incidencia de 1 en 14.700 recién nacidos vivos. Es una patología causada por una mutación del gen ABCD1 que se caracteriza por la acumulación de Ácidos Grasos de Cadena Muy Larga en el cerebro, médula espinal y glándulas suprarrenales, dando origen a diversas manifestaciones clínicas, entre ellas la Insuficiencia Suprarrenal Primaria. A continuación se presenta un caso ocurrido en nuestro centro en noviembre de 2018.

Paciente de sexo masculino de 28 años, con antecedentes de Paraparesia Espástica idiopática diagnosticada hace 5 años. Ingresó por cuadro de compromiso de conciencia, fiebre, hipoglicemia, hipotensión, hiponatremia e hipokalemia. Se sospecha crisis suprarrenal aguda. Se solicita cortisol basal AM con resultado de 0,92 mg/dL, confirmando el diagnóstico de Insuficiencia Suprarrenal Aguda. Evoluciona favorablemente con rápida respuesta a corticoides, destacando disminución de la espasticidad. Se solicita evaluación a Unidad de Movimientos Anormales para buscar relación entre las dos patologías. Tras analizar clínica e imágenes se plantea diagnóstico de ALD-X, por lo que se envían muestras de plasma a Kennedy Krieger Institute (New York), cuyos resultados confirman ALD-X.

Destaca en este caso el diagnóstico tardío de la enfermedad, con escasa literatura de su presentación en adultos. De esta forma, nos queda plantear la posibilidad del sub-diagnóstico de ella en la población general, demostrándonos que la consejería genética está muy poco difundida en nuestro país, problema que tendremos que afrontar a medida que avanza la medicina para poder pesquisar y tratar en etapas precoces esta patología.

### CC-25. TUBERCULOSIS MUSCULAR, COMO EJEMPLO DE ENFERMEDAD EXTRAPULMONAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.



## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

Agustín Echeverría G. (1); Stefano Brusoni C. (1); Hugo Demandes F. (1); Rodolfo Garretón C. (1); Pilar Musalem A. (2).

1 Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago. 2 Médico Internista, Hospital Clínico Dra. Eloisa Díaz I. La Florida, Santiago.

**INTRODUCCIÓN:** La tuberculosis es una enfermedad causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, su principal presentación es pulmonar, pero en nuestro país casi un 20% tiene presentaciones extrapulmonares.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo femenino, 75 años. Antecedentes: HTA, Dermatomiositis, usuaria de metotrexato y prednisona 20 mg al día. Derivada al servicio de urgencias por fiebre hasta 39°C de 1 día de evolución, calofríos y compromiso del estado general, sin otros síntomas. Al examen físico en urgencias: facie cushingoide y lesiones en cara y dorso eritemato-descamativas, con fuerza M4 en extremidades superiores y M2 en inferiores, sin signos meníngeos. Se hospitaliza para estudio de síndrome febril sin foco. Dentro del estudio inicial destaca: hemocultivos negativos, urocultivo negativo, radiografía de tórax normal, VHB (-), VHC (-), VIH (-), PCR CMV (-), Quantiferon (Indeterminado). Estudio autoinmune negativo. Inicialmente se maneja sin antibióticos. Por fiebre persistente se solicita TAC de tórax, abdomen y pelvis: absceso laminar en musculatura paravertebral izquierda, zona dorso lumbar. Sin respuesta a antibióticos por lo que se realiza punción bajo ecografía y se solicita PCR de Tuberculosis con resultado (+).

**DISCUSIÓN:** Las manifestaciones extrapulmonares de la tuberculosis son múltiples y presentan un desafío diagnóstico. Por lo anterior, se debe considerar siempre la tuberculosis como probable etiología en los casos con síntomas inespecíficos; pero especialmente en los que presenten factores de riesgo. En nuestro caso destaca la inmunosupresión como factor de riesgo. Dada la mala respuesta inicial a antibióticos, se decidió obtener muestra para estudio microbiológico, realizándose el diagnóstico de TBC muscular.

### CC-6. DESAFÍO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA DERMATOMIOSITIS COMO MANIFESTACIÓN PARANEOPLÁSICA: LA IMPORTANCIA DEL PANEL DE MIOSITIS

Crovetto, Francesca<sup>1</sup>; Terraza, Manuel<sup>2</sup>; Medina, Carla<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Médicos Internistas, Hospital Félix Bulnes Cerda, Santiago <sup>2</sup> Internos, Medicina Interna, ACP member, Hospital Félix Bulnes Cerda, Santiago

#### Introducción

La dermatomiositis (DM) es una miopatía inflamatoria poco frecuente, idiopática de posible etiología

autoinmune, con mayor prevalencia en mujeres. Clínicamente produce un rash violáceo en áreas fotoexpuestas, eritema heliotropo, pápulas de Gottron y debilidad simétrica proximal; además fibrosis pulmonar y disfagia. Su incidencia es bimodal, (presentación juvenil y otra adulta en la cual 15-25% de los casos se relacionan con Sd. Paraneoplásico (SP)). El laboratorio se caracteriza por alza de creatinina (CK), niveles de anticuerpos circulantes (ANA, anti-DNA, perfil ENA) y biopsia con histopatología característica. Para complementar el estudio del SP se sugiere pedir anticuerpos específicos para miositis (anti-MDA5, anti-SAE, anti-TIF1 y anti-NXP2). El tratamiento se basa en corticoides en altas dosis e inmunosupresores. El estudio del SP es complejo y debe ser dirigido según cada paciente.

#### Caso clínico

Paciente femenino de 67 años con antecedentes de DM2NIR en tratamiento con metformina y Ca endometrial tratado (panhisterectomía y QMT). Consulta por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por CEG, disnea asociada a debilidad muscular proximal de EESS, rash violáceo en tórax, región cervico-dorsal, zonas extensoras de antebrazos, eritema heliotropo y pápulas de Gottron. Refiere también disfonía y disfagia. De los exámenes destaca, hemograma: sin alteraciones / PCR 16.6 / VHS: 38 / LDH 352 / función renal conservada y ELP normales / OC: sin hallazgos / VIH NR VDRL NR / perfil autoinmune positivo para: ANA, FR, Coombs directo y CK total. Video nasolaringoscopia: trastorno deglutorio moderado-severo. TAC TAP: antecedente de neoplasia de endometrio operado (panhisterectomía), sin evidencias de recidiva o diseminación secundaria. Endocolonoscopia: normal, EMG: neuropatía por atrapamiento del nervio mediano de grado moderado. Sin signos miopáticos en este examen. Se solicita panel de miositis: anti-TIF1y (+), anti-Ro52 (+), y luego, un PET-CT: sin hallazgos sugerentes de neoplasia.

#### Discusión

La importancia de este caso está en la búsqueda dirigida de SP en adultos con DM, ya que puede ser una manifestación de neoplasia oculta o de una que se pudiera generar. Se ha propuesto el estudio dirigido con panel específico miositis, especialmente TIF1, debido a su alta asociación con neoplasia maligna; y en caso de ser positivo, realizar una búsqueda dirigida de cáncer (mama, CU, colorrectal, pulmón, gástrico). También se puede apoyar el diagnóstico con PET-CT, siendo este el examen más completo. Los últimos estudios evidencian que la DM tiene una asociación temporal con el Ca de 1 año antes hasta 1 año después con TIF1-y (+). En este caso no se encuentra neoplasia, por lo que se debe mantener a la paciente en estricta vigilancia ante la aparición de alguna, que eventualmente podría tener tratamiento curativo.

### CC-13. MENINGOENCEFALITIS COMO

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

### MANIFESTACIÓN DE PRIMO INFECCIÓN DE VIH: REPORTE DE UN CASO.

Iturrieta, Matías I<sup>1</sup>; Herrera, María V<sup>1</sup>; Guzmán, Freddy D<sup>1</sup>; Nobizelli, Giordano E<sup>1</sup>; Muñoz, Carolina P<sup>1</sup>; König, María T<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Interno de Medicina, ACP Student, Universidad de los Andes.

<sup>2</sup>Becado de Medicina Interna, ACP Resident/Fellow member, Universidad de los Andes.

#### Introducción.

La primo infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es silente mayormente, y se presenta sintomáticamente solo en un 10-30%, como un síndrome mononucleosido agudo. Algunos casos, comprometen otros sistemas, dificultando su sospecha. Presentamos a continuación el caso de una Meningoencefalitis por primo infección por VIH.

#### Caso clínico

Ingresa a servicio de urgencia paciente masculino de 38 años con antecedentes de hipertiroidismo, por cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por: odinofagia, fiebre, vómitos, mialgias e ictericia. Trae exámenes donde destacan: hiperbilirrubinemia, ecografía abdominal sin hallazgos y laboratorio que descarta virus Hepatitis A, B y C.

Por acentuado compromiso del estado general, se decide hospitalizar. En su primer día de hospitalización, presenta estatus convulsivo que requiere manejo en unidad de cuidados intensivos.

Se amplía estudio, destacando: inmunoglobulinas para virus Epstein Barr concordantes con infección aguda que explica compromiso hepático, test rápido de VIH que resulta positivo, carga viral mayor a 4.000.000, recuento CD4 de 394, y punción lumbar compatible con meningoencefalitis aséptica luego de no aislar en líquido cefaloraquídeo patógenos bacterianos y virales tras una búsqueda exhaustiva.

El cuadro cede de forma completa y espontánea en una semana, sin secuelas. Se inicia terapia antirretroviral sin inconvenientes hasta la fecha.

#### Discusión

El gran compromiso del estado general es el síntoma común de la primo infección por VIH. Resulta esencial su sospecha frente a cuadros de sintomatología mixta severa, sin etiología clara, para su diagnóstico oportuno y tratamiento precoz.

### CC-7. DESARROLLO RÁPIDO DE SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO SEVERO POSTERIOR AL TRATAMIENTO CON ABATACEPT EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE. REPORTE DE CASO.

Gower, Jorge<sup>1</sup>; Labarca, Gonzalo<sup>2</sup>; Enos, Daniel<sup>2,3</sup>; Nova-

Lamperti, Estefanía<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Laboratorio de Inmunología Traslacional y Molecular, Departamento de Bioquímica Clínica e Inmunología, Facultad de Farmacia, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. <sup>2</sup>Médico Internista, FACP, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile <sup>3</sup>Médico Internista, ACP Member, Clínica Los Andes, Los Ángeles, Chile.

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica de las articulaciones, caracterizada por daño al cartílago y al hueso. Abatacept es una proteína de fusión CTLA-4-Ig que modula la coestimulación de células T al bloquear la señalización CD28, aprobado para el tratamiento de AR. Algunos reportes han evidenciado el desarrollo de insuficiencia respiratoria después del tratamiento con abatacept.

**Caso clínico:** Paciente femenino, 74 años, AR doble seropositiva de 30 años de evolución, tratada con metotrexato (15 mg/semana), leflunomida (20 mg/día), prednisona (5 mg/día), ácido fólico (5 mg/día), celecoxib (200 mg/día), omeprazol (20 mg/día) y losartán (50 mg/12 horas) cuando se prescribió Abatacept (125 mg/semana). Inicia tratamiento con Abatacept y recibe 5 dosis antes de interrumpirlo, manifestando disnea y tos productiva una semana después, sin fiebre ni hemoptisis. La semana siguiente ingresa a emergencias y se le diagnostica neumonía adquirida en la comunidad, dada de alta con claritromicina. Dos semanas después, re-ingresa a emergencias por síntomas empeorados, leve distrés, sin hipoxemia. Cuatro semanas después, ingresó a urgencias por disnea grave, estado mental normal, hemodinámica con taquicardia y mala perfusión sin hipotensión. La evaluación respiratoria mostró malestar severo, taquipneico, hipoxia (sO<sub>2</sub> = 94%) usando 100% de FiO<sub>2</sub> y crepitaciones bilaterales. Es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y tratado de forma empírica con vancomicina y piperacilina/tazobactam.

**Discusión:** No se detectó infección y la estructura pulmonar era normal antes del tratamiento con abatacept, siendo posible que el desarrollo de distrés se deba al uso del agente biológico.

### CC-18. PSEUDOANEURISMA INFECCIOSO DE AORTA ABDOMINAL POR SALMONELLA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bardalez, Oscar<sup>1</sup>; Ovando, Sergio<sup>1</sup>; Lizana, Esteban<sup>1</sup>; Salazar, Luis<sup>2</sup>; Rubio, Belkys<sup>2</sup>; Elgueta, Michelle<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Universidad de Santiago de Chile. <sup>2</sup>Médico Internista Hospital Regional de Rancagua, ACP Member. Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins. <sup>3</sup>Interna de Medicina, Universidad San Sebastián.

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

### INTRODUCCIÓN:

Salmonella es el agente etiológico bacteriano más frecuente en los brotes transmitidos por alimentos. Hay más de 2500 serotipos de Salmonella y son cada vez más prevalentes las cepas multirresistentes. La infección por Salmonella produce cuadros clínicos característicos como, gastroenteritis, fiebre tifoidea, bacteriemia, infecciones localizadas y estado de portador crónico. Hasta un 8% de los pacientes con gastroenteritis por Salmonella no Tifoidea presentan bacteriemia y un 5-10% de éstos sufren infecciones localizadas. Se calcula que el riesgo de infección endovascular que complica la bacteriemia por Salmonella es del 9-25% en personas mayores de 50 años. Suele afectar a la aorta y la mayoría de las veces se debe a multiplicación en placas ateroscleróticas o aneurismas.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 71 años con antecedentes mórbidos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 no insulino requirente y silicosis pulmonar. Jubilado (ex minero). Consulta por náusea, vómitos y dolor dorsolumbar derecho. Ingresa a servicio de urgencias febril y deshidratado con elevación de parámetros inflamatorios. Ante la sospecha de cólico renal, se solicita PielotAC en la que se descarta patología renal y se informa tejido isodenso en partes blandas para-aórtica. Se solicita AngioTAC de abdomen en el cual se evidencia aneurisma sacular de aorta infrarrenal de 40 mm de diámetro sin extravasación de contraste. Paciente evolucionó con aumento de parámetros inflamatorios con urocultivo y hemocultivo positivos para salmonella spp por la cual se inicia tratamiento con Ciprofloxacino. Se repitió AngioTAC abdominal por persistencia de dolor y sospecha de complicación de aneurisma aórtico abdominal, donde se observó aumento de diámetro de 70 mm con extravasación de contraste por la cual se ingresó a cirugía vascular. Se toma cultivo de aneurisma aórtico el cual resulta positivo para salmonella grupo D. El paciente evoluciona de forma satisfactoria durante etapa postquirúrgica mediata; posteriormente reaparece dolor abdominal y se asocia dolor en región sacro-iliaca. Se solicita TC de abdomen, pelvis y columna que informa: hallazgos sugerentes de espondilodiscitis a nivel lumbar, absceso hepático y posible colección aórtica infrarrenal. Se deriva para resolución quirúrgica del caso.

### DISCUSIÓN:

Salmonella tiene la capacidad de infectar diferentes partes del cuerpo, entre ellas columna vertebral y grandes vasos, donde se destruye la capa íntima y produce infección arterial denominada pseudoaneurisma infeccioso, con una mortalidad cercana a 50 %. En el contexto de un paciente con evidencia de lesiones aneurismáticas de grandes vasos que progresan en tamaño con evidencia clínica de

patología infecciosa, debe considerarse salmonella entre los agentes causales.

### CC-19. PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO PULMONAR. CASO CLINICO

Bardalez, Oscar <sup>1</sup>; Ovando, Sergio <sup>1</sup>; Salazar, Luis <sup>2</sup>; Rubio, Belkys <sup>2</sup>; Elgueta, Michelle <sup>3</sup>

<sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, Universidad de Santiago de Chile. <sup>2</sup>Médico Internista Hospital Regional de Rancagua, ACP Member. Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins. <sup>3</sup>Interna de Medicina, Universidad San Sebastián.

### INTRODUCCIÓN

El pseudotumor inflamatorio es una patología relativamente poco frecuente de etiología incierta, generalmente considerada de origen reactivo. Puede observarse en diferentes localizaciones como masas únicas, menos frecuente como masas múltiples.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino 47 años sin antecedentes médicos, refiere inicio de enfermedad actual 2 semanas previo a su ingreso a sala de urgencias (18/01/19) caracterizado por cefalea. En las 48 horas subsiguientes se asocia disminución de la fuerza muscular en hemicuerpo izquierdo, ataxia y vómitos. Se realiza TC de cerebro con imagen hipodensa cortical parietal izquierda. Se hospitaliza.

Se realiza radiografía de tórax visualizándose múltiples nódulos pulmonares. Se solicita tomografía de tórax sin contraste apreciándose **múltiples nódulos sólidos pulmonares bilaterales, que impresionan en contexto de diseminación secundaria** y adenopatías mediastínicas. Se inicia estudio como patología neoplásica con diseminación secundaria a pulmón: sin hallazgos. Se realiza resonancia magnética cerebral sin gadolinio en la cual se evidencia lesiones hiperintensas multifocales supra e infratentoriales, inespecíficas.

En su evolución se aprecia falla renal rápidamente progresiva y compromiso respiratorio con imágenes sugerentes de hemorragia alveolar difusa. Se solicita estudio inmunológico: anti-mieloperoxidasa positivo, resto de estudios negativos. Se inicia hemodiálisis y tratamiento para vasculitis.

Se realiza nueva tomografía de tórax sin evidencia de nódulos pulmonares previamente descritos.

### DISCUSIÓN

El pseudotumor inflamatorio es una entidad poco frecuente. En la tomografía los hallazgos son variables: masas de bordes lisos o lobulados bien definidos, únicas o menos frecuentemente múltiples, calcificaciones, necrosis, entre otras. Debe considerarse como diagnóstico diferencial de neoplasia pulmonar

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

### CC-20. RABDOMIOLISIS EN PACIENTE CON VIH ASOCIADA A TRIUMEQ®, NUEVA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Silva-López, María Fernanda<sup>1</sup>; Aracena, Joaquín<sup>2</sup>; Almeida, Carla<sup>2</sup>; Almeida, Paula<sup>1</sup>; Torres, Rubén<sup>3</sup>; Toro, Luis<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Estudiante de Medicina, Universidad de Chile, ACP Medical Student. Interno Medicina, Universidad de Chile, ACP Medical Student. <sup>2</sup>Interno Medicina, Universidad de Chile, ACP Medical Student. <sup>3</sup>Nefrólogo, Hospital Clínico Universidad de Chile, Universidad de Chile. <sup>4</sup>Médico Internista, Doctor en Ciencias Médicas, Hospital Clínico Universidad de Chile, Universidad de Chile, FACP.

**Introducción:** La asociación entre antirretrovirales y rabdomiólisis ha sido descrita previamente, principalmente con inhibidores de integrasa y en asociación a otro tipo de fármacos, como estatinas. La triterapia con Dolutegravir-Abacavir-Lamivudina (Triumeq®) no sido reportada previamente como causa de rabdomiólisis y sus componentes por separado, se han asociado baja probabilidad a este síndrome.

**Caso clínico:** Paciente sexo masculino de 36 años, VIH (+) en tratamiento reciente con Triumeq® (Dolutegravir, Abacavir, Lamivudina), buena adherencia y carga viral indetectable. Sin otras patologías de base ni consumo de otros fármacos. Activo físicamente, realiza Crossfit hace más de 2 años. Previamente con Kivexa-Reyataz-Norvir suspendido por dislipidemia asociada a la triterapia, sin uso de estatinas. Presenta historia de 3 días de evolución caracterizada por dolor en ambos muslos de inicio súbito y progresivo, posterior a ejercicio intenso asociado aumento de volumen, impotencia funcional y orina espumosa-colúrica. Al examen físico destaca en extremidades inferiores edema con aumento de temperatura local y dolor a la palpación. Al laboratorio LDH 7.654 U/L, GOT 1.270 U/L, CK total 108.097 U/L (VN <249 U/L), función renal normal, electrolitos plasmáticos normales y función hepática normal. OC con Hematuria microscópica, nitritos (-), Leucocitos (-) y Proteinuria ++. Se diagnostica rabdomiólisis post ejercicio intenso v/s uso de inhibidores de integrasa. Es manejado con hidratación y alcalinización de orina con solución salina 0.9% y bicarbonato de sodio isotónico. Se decide suspender terapia antirretroviral (TARV) por posible efecto adverso. Con lo anterior evoluciona con disminución del dolor y edema, con diuresis sobre 200 cc/hr, aclaramiento progresivo de orina y pH alcalino. Con función renal normal y CK total en disminución hasta 17500 U/L en último control. Se decide cambio de TARV y alta del paciente.

**Discusión:** El ejercicio intenso es una de las causas de rabdomiólisis, presentándose principalmente en pacientes sin entrenamiento físico previo. En este caso existía condicionamiento previo al ejercicio (Crossfit practicado

larga data). Además, se ha descrito este síndrome al uso de estatinas en altas dosis. También a la asociación de distintas TARV como los inhibidores de integrasa e inhibidores de transcriptasas de nucleósidos. Sin embargo, en estos últimos eran asociados a otras terapias farmacológicas. Este es el primer reporte de rabdomiólisis, donde el factor causal o contribuyente probable es la triterapia con Dolutegravir-Abacavir-Lamivudina (Triumeq®), la que no había sido reportada anteriormente, siendo el probable fármaco responsable el Dolugravir.

### CC-30. BARTONELLOSIS HEPÁTICA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO CON AZATIOPRINA

Vidaurre, Josefa<sup>1</sup>; Jerez, Joaquín<sup>2</sup>;

<sup>1</sup> Estudiante de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, ACP member <sup>2</sup> Becado de Medicina Interna Pontificia Universidad Católica de Chile, ACP member

#### Introducción

La mayoría de los abscesos hepáticos se debe a bacterias gram negativas, que migran de manera ascendente desde la vía biliar; y en menor proporción por amebas. La Bartonellosis hepática es una presentación más bien infrecuente, pero se debe tener en consideración en pacientes inmunosuprimidos.

#### Caso clínico resumido

Paciente masculino de 31 años, con antecedentes de DHC Child A secundario a Hepatitis autoinmune y DM1 (ambas desde la infancia), en manejo con Azatioprina 100 mg/día. Presenta cuadro de 8 días de dolor abdominal, vómitos y fiebre. Ingres a hipotenso, taquicárdico, deshidratado, con alteración de funciones renal y hepática, acidosis láctica y cetoacidosis. Se hospitaliza con diagnóstico de sepsis de foco abdominal y cetoacidosis diabética (CAD). TAC de abdomen y pelvis muestra abscesos hepáticos con vía biliar fina. Traslado a UCI, inicia tratamiento con ceftriaxona/metronidazol/amikacina, manejo de CAD. TAC de control 10 días post inicio ATB: abscesos hepáticos se mantienen sin disminución de tamaño con trombosis aguda de la vena porta. Se inicia anticoagulación. Se traslada por motivos previsionales. Ingres a con esquema Ceftriaxona/Metronidazol. Evoluciona febril con elevación de parámetros inflamatorios. Se realiza punción bajo radiología intervencional de muestra de tejido, con gram y cultivos (-). Se escala terapia a Tazonam/Metronidazol. Se complementa

estudio con IgG Bartonella (+) 1/1024, y se agrega Doxiciclina. Serología Brucella (-), B-D-Glucano (-), serología amebiasis invasora al ISP negativa y nuevos hemocultivos negativos. Persiste febril, se sospecha fiebre

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

por drogas (antecedente dudoso de alergia a penicilina), por lo que se cambia esquema a moxifloxacino y doxiciclina. Persiste febril, se escala a imipenem/gentamicina/doxiciclina, con hemocultivos y urocultivo negativos y ecocardiograma sin hallazgos. Se realiza RNM, muestra disminución de tamaño de los abscesos hepáticos, PET/CT que informa marcada hipercaptación de los abscesos hepáticos. Posteriormente evoluciona satisfactoriamente con esquema asociado con gentamicina/doxiciclina, el cual completa de manera ambulatoria.

### Discusión

La infección por Bartonella puede ir desde Enfermedad por Arañazo de Gato, endocarditis, a angiomas bacilar descritas con mayor frecuencia en pacientes con VIH. La presentación hepática más descrita es peliosis hepática en pacientes con VIH, sin embargo, existen casos descritos de abscesos hepáticos por Bartonella. Existen pocos reportes de caso en relación a terapia inmunosupresora, principalmente secundario a Azatioprina. No está establecido el tratamiento de abscesos hepáticos por Bartonella, sin embargo para bacteremia o infecciones severas, se preconiza el uso de Doxiciclina asociado a Gentamicina. En este caso la duración de la terapia se ajustó según evolución.

### CC-24. SÍNDROME NEFRÓTICO Y COMPROMISO CARDIACO EN PACIENTE CON MIELOMA MÚLTIPLE Y AMILOIDOSIS CONCOMITANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Tapia, Luciano<sup>1</sup>; Born, Pablo<sup>1</sup>; Constenla, Diego<sup>1</sup>; Canahuate, Sebastián<sup>1</sup>; Leung, Jai-sen<sup>1</sup>; Fritzsche, Martín.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Interno de Medicina, Miembro de ACP, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

**Introducción:** El Mieloma múltiple (MM) es una neoplasia de células plasmáticas caracterizada por una gammapatía monoclonal. Se presenta frecuentemente con lesiones óseas, hipercalcemia, anemia y falla renal. La amiloidosis es el depósito tisular de amiloide, que en el contexto de MM ocurre secundario al componente monoclonal de cadenas livianas. Se presenta un paciente con MM y amiloidosis de cadenas livianas (AL) asociado a compromiso renal y cardíaco.

**Caso Clínico:** Paciente de 73 años con antecedentes de MM por cadenas livianas Lambda, diagnosticado dos meses previo a cuadro actual. Debuta con síndrome nefrótico y falla renal. Tras diagnóstico, recibe dos ciclos de quimioterapia con Melfalán-Talidomida-Prednisona.

Consulta por una semana de disnea progresiva y edema generalizado. Al ingreso hemodinámicamente estable, afebril, en anasarca, yugulares ingurgitadas, auscultación pulmonar congestiva y pulso paradójal. Destaca

progresión de falla renal y proteinuria. Radiografía de tórax informa derrame pleural bilateral y silueta cardíaca aumentada. Electrocardiograma ritmo sinusal, destacan voltajes bajos y alternancia eléctrica. Pro-BNP elevado. Ecocardiograma confirma derrame pericárdico severo, engrosamiento miocárdico y disfunción diastólica con patrón restrictivo.

Se diagnostica síndrome nefrótico secundario a MM con alta sospecha de amiloidosis con compromiso renal y cardíaco. Se inicia manejo con pericardiocentesis evacuadora, terapia depleitiva y quimioterapia con Bortezomib. Se solicita tinción de rojo congo en biopsia de médula ósea para confirmar depósitos de amiloide.

**Discusión:** Debe sospecharse AL en pacientes con diagnóstico de MM, presentándose con síndrome nefrótico y falla renal refractarias a quimioterapia o ante presencia de compromiso cardíaco, manifestaciones más propias de AL que de MM.

### CC-3. ARTERITIS DE TAKAYASU Y GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA: REPORTE DE UN CASO

Vasquez, Jaime<sup>1</sup>; Xie, Camila<sup>2</sup>; Enos, Daniel<sup>3</sup>; Moreira, José<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Becado de Medicina Interna, ACP becado, Universidad de Concepción. <sup>2</sup>Medico Cirujano, Non ACP Associate, Universidad San Sebastian. <sup>3</sup>Nefrólogo, ACP Member, Hospital Víctor Ríos Ruiz.

### Introducción

La Arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis de grandes vasos caracterizada por estenosis de la Aorta y sus ramas. La afectación glomerular secundaria es infrecuente, existiendo escasos reportes de glomerulopatías secundarias a Takayasu, siendo la mayoría glomeruloesclerosis focal y segmentaria y membranoproliferativas.

### Caso clínico

Hombre de 37 años con hipertensión arterial (HTA) refractaria. Se deriva para angiografía aórtica abdominal que informa estenosis severa de arteria renal izquierda. Posteriormente evoluciona accidentes isquémicos transitorio recurrentes. Angiografía tomográfica (angioTAC) cervical revela estenosis crítica arteria carótida interna derecha y carótida externa derecha.

Se realiza endarterectomía derecha, control posterior mostro re-estenosis. Se hospitaliza para estudio de vasculitis de grandes vasos. Laboratorio destaca ANA 1:160 patrón moteado. AngioTAC de tórax-abdomen: Estenosis arteria carótida común izquierda y derecha, engrosamiento arteria pulmonar y aorta abdominal. Se concluye AT activa, iniciando Azatioprina, Prednisona y Ciclofosfamida. Posteriormente vuelve por injuria renal aguda, destacando anasarca, aumento de creatinina (2.96md/dL). Orina: Eritrocitos 25 pcm (dismórficos



## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

80%), cilindros granulosos, proteinuria 2,6 gr/24 h. Se realiza biopsia del renal informa nefropatía membranosa PLA2R negativa. Se maneja con ciclofosfamida y prednisona con excelente respuesta, descendiendo creatinina a niveles basales.

**Discusión:** AT es una vasculitis infrecuente. Afecta grandes vasos, y el compromiso de las Arterias renales es principalmente secundario a estenosis secundaria a isquemia reno-vascular, no por procesos primarios como la nefritis. No existen reportes que describan la AT como causa de NMb secundaria. Por ende, éste sería el primer caso descrito de NMb con AT con excelente respuesta a terapia inmunosupresora.

### CC-22. SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO SECUNDARIO A TOXOCARIASIS. REPORTE DE UN CASO.

Vivanco, Germán<sup>1</sup>; Orellana, Sergio<sup>2</sup>; Bustos, Felipe<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Becado de Medicina Interna – Infectología Adulto, Universidad de Santiago de Chile, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Becado de Medicina Interna, Universidad de Santiago de Chile, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile. <sup>3</sup>Médico Internista, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile.

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome hipereosinofílico es un trastorno caracterizado por marcada eosinofilia periférica e infiltración multiorgánica, principalmente a nivel cardíaco, pulmonar y piel. Se clasifica en: primario (variantes linfocítica y mieloproliferativas) y secundario (reactivo, por expansión policlonal). Se presenta un caso con compromiso multisistémico secundario a parasitosis.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 29 años, consulta por 2 semanas de dolor y distensión abdominal, constipación y vómitos. Se presenta con ascitis, sin estigmas de daño hepático crónico ni alteraciones del perfil hepático, y con eosinofilia en 15.000/mm<sup>3</sup>. Estudio tomográfico: engrosamiento difuso de pared gástrica y yeyunal, ascitis y derrame pleural. Líquido ascítico: exudado polimorfonuclear estéril. Biopsia esofágica y gástrica: infiltración eosinofílica. TC de cerebro: infarto puntiforme subcortical. Ecocardiograma: sugerente de miocardiopatía infiltrativa. Biopsia de médula ósea: hiperplasia de eosinófilos, sin evidencia de neoplasia. Traslocación (9:22), JAK-2 y FIP1L1-PDGFR $\alpha$  negativos; estudio inmunológico normal. ELISA IgG Toxocara canis y cati positivo. Ante ausencia de otra etiología evidente, se decide inicio de terapia corticoidal y albendazol, produciéndose remisión clínica y de laboratorio ad-integrum. A la fecha sin recidivas, con eosinófilos en sangre de 500/mm<sup>3</sup>.

**DISCUSIÓN:** La toxocariasis es causada por larvas de Toxocara cati y canis, que ingresan vía oral por alimentos contaminados, penetran el intestino delgado y migran por la circulación sistémica. Es poco frecuente en adultos, y sus manifestaciones clínicas son inespecíficas, requiriendo

alto grado de sospecha para diagnosticarla. Si bien la eosinofilia es un hallazgo frecuente, la extensa infiltración orgánica evidenciada en este caso es excepcional.

### CC-31. HIPONATREMIA GRAVE CRÓNICA ASINTOMÁTICA: LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS COMO INSTRUMENTO CLAVE PARA ESTABLECER LA ETIOLOGÍA, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Troncoso, Gastón<sup>(1)</sup>; Montenegro, Jorge<sup>(2)</sup>

1. Interno de Medicina Interna 7° año, ACP Associate N° 03469715, Universidad Pedro de Valdivia 2. Médico Cirujano, Servicio de Medicina Interna, Hospital de Talagante

**Introducción:** La hiponatremia es una situación clínica relativamente frecuente en pacientes hospitalizados. Es un factor de mal pronóstico en determinadas patologías. No es un diagnóstico, en sí y puede ser la primera manifestación de una patología grave por lo que siempre hay que buscar la causa.

**Presentación del caso:** Paciente sexo femenino de 83 años, con antecedentes de HTA, DM tipo 2 NIR, AC x FA en TACO, usuaria de marcapaso, ingresa al servicio de urgencia, con compromiso de conciencia, por hipoglicemia sintomática pesquisada en domicilio con HGT 29 mg/dl. Al control de ingreso HGT de 40 mg/dl se maneja, paciente recupera vigilia. Es hospitalizada para manejo metabólico, durante la hospitalización cursa con hiponatremia grave Na 116 mEq/L asintomática, se realiza corrección, logrando corregir momentánea y nuevamente vuelve a valores graves.

**Discusión:** La hiponatremia es la alteración electrolítica más frecuente en el anciano y puede ser asintomática o producir un espectro de síntomas, especialmente del sistema nervioso central. Esta entidad tiene un alto impacto en la funcionalidad del paciente, pues requiere múltiples hospitalizaciones, e incluso en mortalidad. Su etiología es multifactorial; entre sus causas más comunes están la baja ingesta de sal, las enfermedades crónicas como la nefropatía y la insuficiencia cardíaca y el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH), que a su vez se produce comúnmente por el uso crónico de determinados fármacos, de ahí la importancia de un buen abordaje en la anamnesis, para determinar la etiología.

### CC-12. HIPERTENSIÓN PULMONAR TUMORAL - A PROPÓSITO DE UN CASO

Peña, Josseline<sup>1</sup>; Silva, Francisco<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Becada de Medicina Interna, ACP member, Universidad de Chile, Hospital del Salvador, Santiago. <sup>2</sup>Interno de Medicina, ACP member, Universidad de Chile.

**Introducción:** La hipertensión pulmonar tumoral (HPT) se define como la oclusión de la microvasculatura pulmonar por células tumorales y trombos asociados. Es

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

una entidad infrecuente manifestada en pacientes con una neoplasia maligna (NM). Está clasificada dentro del grupo 5 de la Hipertensión Pulmonar (HP). La HPT incluye microembolia tumoral pulmonar (ETP) y microangiopatía trombótica tumoral pulmonar (MATTP). La sospecha diagnóstica temprana permite un tratamiento oportuno dada su gravedad.

**Caso:** Mujer de 46 años, con diagnóstico de adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado y metástasis cerebrales, consulta por disnea progresiva. Al ingreso solo destaca taquicardia y saturación 81% ambiental. Exámenes: Hb 14,5 mg/dl GB 14.260 Plaquetas 51.000 Frotis de sangre periférica con anemia hemolítica microangiopática, Coombs Directo (-) Crea 0,7 TnI 1077 Dímero D >4000 TP 61%, fibrinógeno normal, pH: 7.51 pO<sub>2</sub>: 39.5 mmHg pCO<sub>2</sub>: 20 mmHg HCO<sub>3</sub>: 20.2 mg/dl LDH 944. ECG: sinusal, Q3T3. AngioTC de tórax y TC TAP: sin evidencia de TEP, con signos de HP. Ecocardiograma TT: signos de sobrecarga derecha, HP con PSAP 77 mmHg. Test de burbujas (+). Cintigrama V/Q normal. Se sospecha HPT, se inicia anticoagulación, sildenafil y corticoides. Paciente evoluciona con hipertensión endocraneana refractaria falleciendo a los 44 días del ingreso.

**Discusión:** Se presenta este caso para considerar en pacientes con NM la MATTP y ETP como etiología de HP. Estas deben sospecharse frente a insuficiencia respiratoria aguda con Dímero D elevado, Ecocardiograma con HP y estudio angiográfico que la excluya. El tratamiento consiste en aporte de oxígeno, anticoagulación y corticoides (Dexametasona 0,05 mg/kg/día). Aunque sin evidencia, los vasodilatadores podrían reducir la vasoconstricción pulmonar.

### CC-17. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SÍNDROME STEVEN-JOHNSON SECUNDARIO A LAMOTRIGINA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Constenla, Diego<sup>1</sup>; Born, Pablo<sup>1</sup>; Tapia, Luciano<sup>1</sup>; Fritzsche, Martín<sup>1</sup>; Canahuate, Sebastián<sup>1</sup>; Leung, Jai-sen<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Interno de Medicina, Miembro de ACP, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

**Introducción:** El Síndrome Stevens-Johnson (SSJ) y Necrosis Epidérmica Tóxica (NET) son un espectro de reacciones mucocutáneas con alta mortalidad. Se caracterizan por necrosis y desprendimiento de la epidermis, con distintas proporciones de superficie corporal comprometida. Entre los gatillantes farmacológicos más típicos se encuentran los anticonvulsivantes, particularmente lamotrigina.

**Caso Clínico:** Paciente de 58 años con antecedente de epilepsia, usuario de ácido valproico de larga data y lamotrigina 1 mes previo a consulta. Presenta cuadro de 4 días de evolución de lesiones maculopapulares eritemato-

violáceas pruriginosas, no dolorosas, en tórax, con rápida extensión a tronco y extremidades. Al examen físico, lesiones no descamativas, Nikolsky (-), ojo rojo superficial bilateral indoloro, secreción ocular, mucosa oral ulcerada y fiebre hasta 38°C axilar.

A pesar de lesiones no características, se sospecha cuadro de SSJ-NET secundario a uso de anticonvulsivante de inicio reciente. Se maneja inicialmente con suspensión de lamotrigina, hidratación parenteral y se inicia tratamiento con corticoides sistémicos e inmunoglobulina endovenosa. Se extiende estudio etiológico con serología viral y autoinmune (negativas) y biopsia de piel con dermatosis ampollar con necrosis de queratinocitos compatible con cuadro sospechado. Dada mejor evidencia en tratamiento de SSJ-NET, se ajusta tratamiento a ciclosporina. Paciente evoluciona estable, afebril, con lesiones en remisión.

**Discusión:** En pacientes que inician anticonvulsivantes, particularmente lamotrigina, es indispensable una alta sospecha de SSJ-NET ante cuadros de lesiones cutáneas pese a que estas puedan no ser características, ya que una intervención precoz disminuye las complicaciones y la mortalidad asociada a estos cuadros.

### CC-32. PERICARDITIS CONSTRICTIVA (PC) EN INMUNOSUPRIMIDO POR VIH: TUBERCULOSIS (TB) VS LINFOMA NO HODGKIN (LNH) PRIMARIO CON EFUSIÓN.

Zenteno, Daniel A<sup>1</sup>; Haase, Juan L<sup>2</sup>; Ihl, Fernando E<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Estudiante medicina Universidad de Chile, Consejo de estudiantes ACP capítulo chileno.

<sup>2</sup>Becado de medicina interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago. <sup>3</sup>Médico Internista, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.

En países desarrollados la etiología principal (80-90%) de pericarditis es idiopática, un 5 a 35% es neoplásica y 1-4% TB; cifras que se invierten en países con mayor prevalencia de VIH. A su vez, la presentación pericarditis constrictiva es relativamente rara, idiopática en un 80%.

Paciente masculino de 62 años. Historia de 1 año con poliadenopatías cérvico-axilares bilaterales indoloras. En últimos 2 meses, baja de peso de 14 kilogramos, diaforesis nocturna, disnea y sensación febril intermitentes. En TC extenso compromiso ganglionar cervical derecho y mediastínico, adenopatías en hilio hepático y leve derrame pericárdico, destacando al laboratorio monocitosis y VHS 70. Ingresado para estudio; asintomático. Resulta VIH ELISA reactivo, CV 65000, recuento linfocitario CD4+ 56, T-SPOT (+). Se

## 51° CURSO ANUAL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO 30 y 31 de MAYO 2019 Hotel Cumbres Vitacura - Av. Pdte. Kennedy Lateral 4422, Vitacura, Santiago

inicia profilaxis con cotrimoxazol, azitromicina e isoniazida; dada candidiasis esofágica fluconazol; y por pericarditis AINEs y colchicina. VTC; biopsia de ganglios mediastínicos/grasa pericárdica compatible con LNH células grandes, alto grado, B. Cursa con shock séptico de foco pulmonar; TC compatible con TB miliar y LBA PCR (+) para M. tuberculosis, reevaluando biopsias impresionan granuloma necrotizante con BAAR (+); agregando 4 drogas anti-TB. Posteriormente con PC con clínica de taponamiento; pericardiotomía. Dado aparente linfoma de alto grado, ausencia de masas ganglionares y amplio compromiso pericárdico, se interpreta como linfoma primario con efusión, iniciando esquema SC- EPOCH-RR. Se inicia TARV 14 días tras inicio de terapia anti tuberculosis.

Es un escenario sumamente infrecuente para la realidad local; 1-5% de PC es por TB (30% África dada prevalencia VIH), mientras que la variante LNH primario con efusión da cuenta de menos del 4% de la afección cardíaca por LNH, esta última excepcional. El VIH sin TARV es factor significativo para la simultaneidad de ambas etiologías; configurando un cuadro de diagnóstico y terapéutica compleja.

### CC-8. DIAGNÓSTICO DE ENDOCARDITIS BACTERIANA EN PACIENTE CON PIURIA ASÉPTICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL: REPORTE DE CASO

Carolina Bonomo M.<sup>1</sup>, José Antonio Rojas C.<sup>2</sup>, Carlos Araneda Y.<sup>3</sup>, Jennifer Cuesta O.<sup>4</sup>, Agatha Larrazábal C.<sup>5</sup>.  
<sup>1,2,3</sup> Interno séptimo año Universidad de Los Andes<sup>4, 5</sup>  
Becada de Primer Año, Medicina Interna Universidad de Los Andes

La piuria aséptica es una condición altamente prevalente, y muchas veces manifestación inicial en la aproximación diagnóstica de diversas patologías locales y sistémicas, como la tuberculosis renal, cistitis, hidroureteronefrosis, etc.

A continuación presentamos el caso de una paciente femenina de 66 años de edad, sin antecedentes médicos relevantes, quien consultó al servicio de urgencias refiriendo lumbalgia y malestar general, sin presencia de fiebre, disuria u otro síntoma. Se documenta piuria aséptica como primera manifestación etiológica, y se indica tratamiento empírico para Sepsis de foco genitourinario, a pesar de contar con urocultivo y hemocultivo negativo. Finalizando su hospitalización se diagnosticó mediante imagen, trombosis de la vena renal izquierda. En vista de su mejoría clínica y paraclínica, es egresada con tratamiento antibiótico oral y anticoagulante. Consulta nuevamente 20 días después, por lumbalgia persistente, ahora en intensidad 7/10 e irradiada a ambas extremidades, concomitante signos de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS). Se hospitalizó y mediante Resonancia Magnética Nuclear (RMN) se evidenció una Espondilodiscitis L1-L2 junto con absceso bilateral en Psoas; por lo que se solicitaron hemocultivos, los cuales confirmaron *Staphylococcus Aureus* y además se evidenciaron vegetaciones en válvula mitral mediante Ecocardiograma Transesofágico (ETE), confirmando así el diagnóstico de Endocarditis Bacteriana.

La endocarditis bacteriana es una patología cuya sospecha diagnóstica puede ser desafiante debido a la heterogeneidad de sus manifestaciones iniciales. En este caso, llama la atención la ausencia de factores de riesgo, y su debut a través de una piuria aseptica, sin más hallazgos etiológicos durante su primera hospitalización.